
DE LA

GANGRÈNE DES EXTRÉMITÉS

DANS LES SUITES DE COUCHES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Jeudi 30 Mars 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WINTERER (PAUL-THÉOPHILE-ANTOINE)

NÉ LE 6 FÉVRIER 1876, A BESANÇON (DOUBS)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	HERRGOTT, Professeur.	{	Président.
		HAUSHALTER, Professeur.		Juges.
		SCHUHL, Agrégé.		
		FRUHINSHOLZ, Agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1911

DE LA

GANGRÈNE DES EXTRÉMITÉS

DANS LES SUITES DE COUCHES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Jeudi 30 Mars 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WINTERER (PAUL-THÉOPHILE-ANTOINE)

NÉ LE 6 FÉVRIER 1876, A BESANÇON (DOUBS)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	HERRGOTT, Professeur. . .	Président.
	HAUSHALTER, Professeur. .	Juges.
	SCHUHL, Agrégé.	
	FRUHINSHOLZ, Agrégé. . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I O.

Assesseur : M. WEISS, *, I O.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I O ; NICOLAS, I O ; PRENANT, *, I O ,
BERNHEIM, O *, I O.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I O.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, *, I O.
Médecine opératoire.....	M. CHRETIEN, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I O.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, *, I O.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O.
Clinique médicale.....	M. SCHMITT, I O.
Physiologie.....	M. MEYER, I O.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I O.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I O.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I O.
Histologie.....	M. BOUIN, I O.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A O.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I O.

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I O.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I O.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I O, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A O, agrégé libre.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I O, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I O id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I O id.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I O, id.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, I O.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, A O, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. ZILGIEN, I O ag. lib., ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, I O.	MM. COLLIN, A O.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I O.	DUFOUR, A O.	LUCIEN, A O.
RICHON, A O.	SENSERT, A O.	BINET.
G. GROSS, A O.	ROBERT, A O.	PERRIN.
FRUHNHOLZ, A O.		

Agrégés libres

MM. REMY, A O, FÉVBIER, O *, I O, ETIENNE, I O, ZILGIEN, I O, FROELICH, I O,
SCHUHL, I O, JACQUES, I O, ANDRÉ, I O, MICHEL, A O, L. SPILLMANN, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, O, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'Affection et de Reconnaissance

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

Professeur de Clinique Obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A Messieurs les Professeurs

HAUSHALTER, SCHUHL ET FRUHINSHOLZ

INTRODUCTION

Parmi les complications des suites de couches, la gangrène des extrémités est une des plus rares et des plus graves.

Il y a quelques années, en mars 1906, cette affection a été observée chez une malade, à la Maternité de Nancy.

M. le Professeur agrégé Schuhl nous a proposé d'en faire le sujet de cette étude; nous lui adressons ici nos sentiments d'entière reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous ferons d'abord l'historique de cette affection; dans les chapitres suivants, nous verrons la gangrène dans son étiologie et sa pathogénie spéciales dans les suites de couches; ensuite la symptomatologie, diagnostic et pronostic. Enfin le traitement et les observations que nous avons pu réunir termineront cette étude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La gangrène a été très étudiée au point de vue général; dans la puerpéralité, elle a été signalée rarement, bien que les altérations vasculaires aient été observées assez fréquemment, dans les suites de couches, où les cas de phlegmatia albadolens sont assez nombreux.

La plus ancienne relation que l'on ait faite de cette maladie remonte à l'année 1754. Rapportée dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie*, elle ne porte pas de nom d'auteur; elle décrit bien nettement une gangrène, d'origine artérielle, survenue subitement deux jours après l'accouchement.

Davies et Horns, en 1825, mentionnent deux autres cas, où, d'après l'autopsie, se distinguait la forme veineuse de la gangrène.

Dans sa thèse sur les affections gangréneuses chez les nouvelles accouchées, Raynaud, en 1841, avait remarqué que non seulement les membres pouvaient être atteints, mais que certaines parties du tronc et de la tête étaient susceptibles de participer à cette nécrose.

Comme Tonnelé, en 1831, et Coetsem, en 1835, d'autres auteurs, plus tard, ont été témoins de cette propagation gangréneuse des membres à d'autres régions du corps.

En 1854, Bennett étudie l'influence de l'embolie comme productrice de l'oblitération artérielle *post partum*, et déjà il pense à l'action d'une septicémie probable.

Les communications, vers 1870, relatent plus souvent les lésions dues à la gangrène puerpérale. Simpson, dans l'*Obstetrics*, en réunit déjà un certain nombre d'observations. Son essai de classification, cité par Hervieux dans son *Traité des maladies des femmes en couches*, présente aussi la distinction, comme facteurs étiologiques, entre l'embolie, l'artérite et les caillots ayant leur siège dans le système veineux.

De son côté, Hervieux signale l'importance des lésions cardiaques.

Nous arrivons maintenant aux travaux, où les détails plus complets, ainsi que les résultats des autopsies et des recherches bactériologiques, permettent de faire totalement l'étude de la gangrène puerpérale.

Lancereaux et Troisier parlent de la propagation de certaines lésions inflammatoires veineuses au système artériel.

Oliver, en 1896, dans le *Lancet*, étudie quelques formes névropathiques de la gangrène et rapproche son explication de l'idée de Raynaud, qui avait observé le spasme des vaisseaux capillaires sous l'influence d'une excitation des vaso-constricteurs.

Dans ces dernières années, Andérodias et Bégouin, avec Lugeol, de Bordeaux, signalent l'infection streptococci-

que à porte d'entrée utérine ayant déterminé l'endartérite. Leurs cas ont fait le sujet de la thèse de Lafond.

A plusieurs reprises, en 1900 et 1902, Wormser, de Bâle, a rapporté des observations de gangrène puerpérale, mais, comme Lafond, il ne cita que des cas ayant trait à la présence de cette affection aux membres inférieurs.

Résumant les travaux parus antérieurement, il publia, en 1904, dans la *Wiener Klinische Rundschau*, une étude plus complète. Ses recherches mentionnent déjà quatre-vingts cas de gangrène puerpérale.

Depuis cette date, d'autres observations de cette maladie ont été publiées.

Dans notre région, M. le Professeur agrégé Etienne signale une oblitération artérielle par endartérite, suite à distance d'une infection puerpérale.

Enfin, en 1906, M. le Professeur agrégé Schuhl, dans la *Province médicale*, publie l'observation d'une malade ayant présenté aussi une gangrène d'origine artérielle; de plus, il attire l'attention sur une complication rarement citée : c'est l'hémorragie intestinale survenue quelques heures avant la mort.

La gangrène dans les suites de couches a été observée encore dans ces dernières années, notamment à deux reprises, au cours de l'année 1910.

MM. Roux de Brignoles et Aurientis signalent les débuts de cette affection onze jours après une hystérectomie pratiquée un mois après un accouchement normal.

D'autre part, Popow, dans le *Centralblatt für Gynecologie* (novembre 1910), a publié un cas de gangrène de forme artérielle dans un membre supérieur.

CHAPITRE II

Étiologie

Dans son étude sur la gangrène puerpérale des extrémités, Wormser a divisé, au point de vue étiologique, les différents cas en trois classes.

Un premier groupe comprend les observations où la gangrène n'est apparue qu'après l'accouchement : c'est le mode le plus fréquent.

Dans un deuxième groupe, il range les cas où les symptômes de la gangrène ont déjà débuté pendant la grossesse. Mais il ne semble pas, qu'au point de vue étiologique, il y ait un rapport entre la grossesse et la gangrène, qui peut être due aux différentes causes qui déterminent la gangrène en dehors de l'état puerpéral.

On observe aussi ces cas douteux qu'on peut hésiter à ranger dans la première ou deuxième catégorie, parce que les symptômes de l'oblitération vasculaire ont apparu déjà pendant l'accouchement, mais n'ont déterminé la gangrène qu'après l'accouchement, et quelquefois on ne pourrait démontrer si la nécrose se serait produite sans l'intervention de l'accouchement.

Passons au troisième groupe, qui comprend les cas de maladie de Raynaud ou gangrène symétrique; elle est citée à l'observation XVI de Dickinson, où la gangrène a déjà débuté pendant la grossesse et a récidivé après l'accouchement. Cette gangrène symétrique a été aussi signalée par Begg (Obs. II).

Bien que la maladie de Raynaud ne constitue pas une telle rareté pathologique, le petit nombre des cas accompagnant la grossesse ou l'accouchement, prouve que ces deux phénomènes physiologiques n'interviennent pas d'une façon effective, d'une façon absolue. D'autre part, l'intervalle qui, parfois, s'est écoulé entre l'accouchement et le début des symptômes, ne permet pas d'établir une relation bien définie, puisque dans un cas, trois mois, et chez une autre malade, quatre mois ont séparé ces deux ordres de faits.

En résumé, on ne doit considérer comme gangrène puerpérale bien nette, que les cas compris dans le premier groupe, où la gangrène a débuté après l'accouchement; ce sont les seuls dont nous nous occuperons dans cette étude étiologique.

On peut considérer comme cause principale de la gangrène la présence d'une infection pendant ou peu de temps après l'accouchement.

M. le Professeur Andérodias (1) dit : « Il est un premier point sur lequel il ne peut y avoir de doute : c'est que, quels que soient les modes pathogéniques suivant lesquels la gangrène apparaît, l'infection existe toujours au début de cet accident ».

(1) *Annales de la Société obstétricale de France*, 1901, p. 62.

Cependant, en dehors de l'influence prépondérante de cette infection, certaines causes prédisposantes ou adjuvantes interviennent; leur action a même pu s'exercer avant l'accouchement.

Au début, il faudra étudier la question du terrain sur lequel les divers symptômes de cette maladie se sont développés. Evidemment, un mauvais état général antérieur à l'accouchement sera favorable à l'évolution des lésions gangréneuses.

Schœffer, à l'observation LIV, nous rapporte le cas d'une malade qui réunissait de nombreux éléments diathésiques; atteinte de chlorose et placée dans de mauvaises conditions physiologiques, elle eut en plus une infection gonococcique.

A l'observation LI, Simpson présente une malade débilisée et soupçonnée de tuberculose.

Les endocardites anciennes constituent aussi un facteur étiologique qui a pu déterminer l'apparition de cette gangrène. A l'observation I, la malade de M. Andérodias présentait depuis longtemps un rétrécissement aortique. C'est sans doute cette affection qui a déterminé en ce point la localisation de l'infection, et l'endocardite végétante qui en est résultée a été cause elle-même de l'embolie.

D'après M. Andérodias (1), le diabète a été signalé dans un cas.

D'autres infections sont intervenues avant l'accouchement : la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine et la diphtérie ont été citées.

(1) *Annales de la Société obstétricale de France*, 1901 p. 173.

Les conditions et difficultés de l'accouchement sont souvent suffisantes pour épuiser l'organisme au point de faciliter le développement de l'infection.

Dans plusieurs cas, on a signalé des bassins viciés ; les deux malades de Burckard avaient un bassin rachitique plat, et celle de Léopold un bassin rétréci.

La longueur du travail a été citée par Mac Ferlane, à l'observation XXXIII, ainsi que par Schoeffer qui, à l'observation XLVI, mentionne un travail long et douloureux.

Wormser, d'après sa statistique, démontre que la question de l'âge ne joue aucun rôle : il varie entre dix-sept ans et quarante ans.

Le même auteur n'attache pas davantage une importance à la multiparité. D'après le nombre de cas qu'il a réunis et dont l'âge des malades était connu, il résulte que la gangrène se présente plutôt chez les primipares. Wormser signale en effet la gangrène dix-sept fois chez les primipares et huit fois chez les multipares ayant eu plus de six enfants.

Les traumatismes, avortements, accouchements prématurés se retrouvent aussi fréquemment. Nous signalons l'accouchement prématuré à divers mois de la grossesse ; il survint au sixième mois chez la malade d'Andérodias (Obs. I), au huitième mois (Obs. XLII), au septième mois (Obs. LIV).

MM. Bégouin et Andérodias nous citent un avortement au deuxième mois de la grossesse, et Roux (Obs. XLIV) au troisième mois.

L'éclampsie, cette fâcheuse complication, est aussi rapportée à plusieurs reprises.

A l'observation XXXI, Lugeol nous cite ce cas que l'on

dut terminer un accouchement par une application de forceps ; la malade fut atteinte d'une attaque d'éclampsie très forte et très longue au moment de l'accouchement.

Dans l'observation XLVII, de M. le professeur Schuhl, et celle de Tate (Obs. LV), l'éclampsie est également signalée.

Dans certains cas, les applications de forceps sont venues aggraver une situation déjà menaçante. Jardine (Obs. XXV) fait mention de cette intervention pour l'extraction d'un enfant hydrocéphale, et Wilcox (Obs. LVII), qui dut en faire l'application, nous fait remarquer une déchirure du périnée.

L'hémorragie, l'albuminurie et d'autres traumatismes obstétricaux s'ajoutent à ces causes adjuvantes. L'embryolomie fut effectuée par Burckard (Obs. IX), et la craniectomie, chez la première malade de Léopold.

Auront également une influence : la délivrance artificielle (Obs. V) et (Obs. XX), et la rétention dans la cavité utérine de débris placentaires, de morceaux de cotylédons, de caillots ou de lambeaux de membranes.

D'autres infections secondaires se sont ajoutées à l'infection principale. Au huitième jour des suites de couches, la malade de Bergen (Obs. V) fut atteinte d'érysi-pèle ; Bossomby signale la présence de la pleurésie, ainsi que Simpson, à l'observation LI.

Nous venons de passer en revue comme étiologie les facteurs qui pouvaient intéresser le terrain même où s'était développée l'infection. Mais il faut encore remplir une condition, qui est l'étude des causes de cette infection, c'est-à-dire le microbe,

A ce propos, de nombreux auteurs ont émis des opinions très diverses; nous en citons quelques-unes pour bien établir la conformité générale des observations avec l'affirmation de M. le professeur Andérodias, que nous avons citée au début de ce chapitre.

Bovis (1) soutient que même durant les suites de couches normales, l'utérus contient le plus souvent des germes pathogènes. Pour lui, bien que 50 à 70 % des femmes ont eu le contenu de l'utérus stérile pendant les douze ou vingt-quatre premières heures après l'accouchement, à partir du quatrième jour, il s'y trouve une abondance de germes pathogènes (33 à 85 %).

La plupart des bactériologues sont d'accord pour affirmer que, si l'infection est plus fréquente dans les cas fébriles, elle peut exister également en dehors de toute fièvre.

Il semblerait cependant que les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie aient dû préserver les accouchées de ces accidents infectieux.

Telle n'est pas l'opinion de M. Charrin (2), dont nous citons le passage suivant :

« Un observateur impartial concède que les accidents de la grossesse et de la puerpéralité ont en grande partie disparu. Un seul, malgré les méthodes antiseptiques et aseptiques, n'a pas suivi cette progression : C'est la phlegmatia alba dolens ».

Pour M. Porak, les grandes infections d'autrefois sont remplacées par des infections atténuées.

(1) BOVIS. *Semaine médicale*, 1906.

(2) CHARRIN. *Dépenses naturelles de l'organisme*, 1898.

Ces infections sont dues à des microbes divers : le plus souvent au streptocoque, mais non pas d'une façon exclusive, comme le pensait Widal.

Varnier nie l'importance qu'on peut attribuer au staphylocoque. Bien que ce dernier microbe fut assez rare, M. le docteur Thiry l'a retrouvé en même temps que le streptocoque dans le sang de la malade qui fait l'objet de l'observation de M. le professeur Schuhl.

A l'observation III, le docteur Alain fit l'examen de la sérosité du membre amputé et observa le streptocoque, qui fut remarqué aussi sur des coupes des végétations de la valvule mitrale.

La malade de Winckel (Obs. LVIII) fut atteinte de pleurésie et péricardite à streptocoques, comme le révéla l'autopsie.

Bien que les observations de gangrène ne les signalent pas, il semble que d'autres microbes, tels le *bacterium coli* commune, les infections à pneumocoques, à gonocoques, l'infection diphtéritique, ainsi que les microbes anaérobies, méritent d'être ajoutés à cette liste.

La porte d'entrée des microbes est fournie par les solutions de continuité de toute la hauteur du conduit utéro-vaginal, en particulier la plaie placentaire, aux sinus béants, ouverts aux microorganismes.

Les agents microbiens sont introduits dans les voies génitales par un toucher septique, des instruments ou liquides imparfaitement stérilisés. Dans ces conditions, nous verrons se réaliser une hétéro-infection ; mais elle ne saurait être incriminée dans certains cas où toutes les précautions d'asepsie ont été prises avec la plus grande rigueur. Il s'agit, dans ces cas, d'auto-infection. Les

germes contenus dans le vagin deviennent pathogènes, ou bien l'infection est la conséquence du réveil d'une inflammation péri-utérine ancienne.

On connaît également, aujourd'hui, l'auto-infection d'origine intestinale ; les suppurations des voies urinaires, telles que cystite et pyélonéphrite, peuvent également être l'origine d'une infection puerpérale.

CHAPITRE III.

Pathogénie

La gangrène consiste en une mortification des tissus et se caractérise par l'arrêt de tout échange nutritif et de toute action organique dans une partie du corps.

La statistique que Wormser établit en 1904, à propos du siège de la gangrène, était basée sur soixante-six observations dans les suites de couches. Cinquante-huit cas avaient trait aux extrémités inférieures, et les huit autres aux membres supérieurs ; semblable proportion semble pouvoir être établie dans les soixante-deux observations dont nous avons pu recueillir des renseignements suffisamment précis.

Nous citerons en plus, ici, pour mémoire, quelques cas où les lésions gangreneuses n'ont intéressé que certaines parties du tronc et de la tête :

TONNELÉ (1) : Gangrène du visage et du tronc.

COETSEM (2) : Gangrène du sacrum, des parties génitales externes et de la région mammaire.

MONTAULT (3) : Gangrène du nez, des joues et de la lèvre supérieure.

(1) TONNELÉ, *Archives générales de médecine*, 1830.

(2) COETSEM, *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1835.

(3) MONTAULT, *Journal des Sciences Médicales*, 1841.

La pathogénie de la gangrène comprend trois formes, suivant que la gangrène résulte, soit d'une obstruction dans le système artériel, soit dans le système veineux, ou dans les deux systèmes à la fois.

Le mode le plus fréquent et le plus anciennement connu est l'occlusion artérielle qui constitue la forme sèche de la gangrène.

Cette gangrène artérielle peut être pure, les artères étant les seuls vaisseaux malades.

La forme veineuse est localisée uniquement aux veines du membre gangrené, tandis que les artères sont indemnes.

Enfin, dans la gangrène mixte ou artérioso-veineuse, les deux systèmes vasculaires à la fois étaient oblitérés par des caillots.

A propos des cas présentant ce caractère mixte, Wormser établit une distinction assez nette entre ceux où l'oblitération dans un système vasculaire ne s'est produite qu'après l'interruption de la circulation dans l'autre système et les cas où la gangrène n'a débuté qu'après l'oblitération complète dans les deux systèmes vasculaires.

Suivant son opinion, lorsque la gangrène est consécutive à une oblitération totale de l'artère poplitée, par exemple, et lorsqu'après l'amputation ou l'autopsie, on trouve un caillot dans les veines, cette gangrène est plutôt d'origine simplement artérielle. Au contraire, si l'embolus n'a pas complètement fermé le calibre de l'artère, et s'il se produit une thrombo-phlébite dans le système veineux correspondant, ceci constitue une forme artérioso-veineuse. En effet, si la gangrène, comme dans le cas précédent, a débuté par suite de l'artérite ou de l'em-

bolie, la circulation n'a été totalement troublée qu'après l'intervention de la thrombose veineuse.

Suivant ces trois modes pathogéniques principaux, Wormser et la plupart des auteurs résument les causes d'oblitération dans les canaux vasculaires suivant ce tableau :

A) OBLITÉRATION DU SYSTÈME ARTÉRIEL

1° *Embolie* par endocardite.

— par thrombus du cœur gauche.

— par embolie paradoxale.

2° *Artérite primitive* par endartérite septique ou toxique.

— *secondaire* par propagation de l'inflammation des veines voisines.

3° *Thrombose primitive* venant de l'artère utérine ou de ses ramifications placentaires.

— *secondaire* par obstruction totale de la circulation dans le système veineux.

B) OBLITÉRATION DU SYSTÈME VEINEUX

1° *Phlébite primitive* : thrombophlébite septique ou toxique.

— *secondaire* à une métrophlébite.

— — à une propagation de l'inflammation de l'artère voisine, par contiguïté.

2° *Thrombose primitive*, débutant par les veines.

— *secondaire* par arrêt de la circulation dans l'artère correspondante.

Pathogénie de la Gangrène d'origine artérielle

L'embolie artérielle, qui se rencontre le plus souvent dans les suites de couches, provient d'une endocardite septique, avec lésions importantes des valvules.

Ces valvules, à la suite d'un rhumatisme articulaire, ont pu déjà, auparavant, être le siège d'une induration.

A l'autopsie de la malade de MM. Bégouin et Andérodias, on trouva, à la face interne de la valvule mitrale, une végétation assez volumineuse. L'observation XVII, de Duflocq, montre un léger épaissement de la valvule mitrale, et Mac Ferlane, à l'observation XXXII, signale aussi des végétations.

De ces lésions valvulaires dans l'endocardite ulcéreuse, ne se détachent ordinairement que de petites parcelles, qui viennent oblitérer l'artère pédieuse, peut-être aussi l'artère tibiale ou la poplitée, mais les embolies massives proviennent d'un thrombus du cœur gauche.

Etudions maintenant ce qui concerne l'embolie dite paradoxale, étudiée par Guillaume (Thèse de Nancy, 1907). Provenant de l'insertion placentaire, l'embolus va dans l'oreillette droite et, de là, non dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire, mais dans le cœur gauche, à travers le trou ovale persistant. Malheureusement, l'autopsie n'a pu montrer des cas de ce genre; cependant, Wormser admet cette hypothèse pour la malade de

l'observation XXXVIII, d'Oliver. A l'observation LVI, Wanner, de même, suppose un défaut d'occlusion du trou ovale, pour expliquer une embolie venant d'un cœur intact.

La deuxième cause de l'oblitération artérielle est due à une artérite, qui peut être primitive ou secondaire.

Primitive, cette inflammation de l'endartère sera d'origine septique ou toxique, soit que les microbes charriés par le courant sanguin soient venus se greffer sur les parois artérielles, soit que les toxines des bactéries se soient développées aussi dans le sang.

En dehors de ces cas, existent encore des observations d'artérite résultant de lésions artérielles, qui proviennent de la propagation du processus inflammatoire de la veine voisine à l'artère. C'est alors une endartérite secondaire; ainsi en serait-il à l'observation XVIII, et Lancereaux, à l'observation XXVII le signale en rapportant l'autopsie de sa malade. Pour lui, la lésion venant du sinus utérin s'est propagée, par les veines utéro-ovariennes, aux veines rénales. La propagation consécutive aux artères s'est opérée alors par contiguïté ou par l'intermédiaire des capillaires.

La troisième et dernière forme de l'oblitération artérielle consiste en une thrombose de l'artère utérine, venant des branches placentaires de cette artère. Cette thrombose peut se développer, dit Wormser, dans l'artère iliaque primitive jusque dans l'aorte; elle peut aussi progresser plus bas, dans l'artère iliaque externe, dans la fémorale et ses branches.

A l'observation XXIII, Hochstetter se conforme à cette idée dans les commentaires de son observation. Cette

thrombose serait alors primitive; elle devient secondaire lorsqu'elle est consécutive à une interruption totale de la circulation veineuse.

Pathogénie de la Gangrène d'origine veineuse

Comme nous l'avons remarqué pour la gangrène d'origine artérielle, l'oblitération dans les canaux veineux présente plusieurs variétés.

Dans l'occlusion artérielle pure, qui constitue la forme sèche de la gangrène, les artères du membre sont les seuls vaisseaux malades; les tissus meurent parce qu'ils sont privés du sang destiné à assurer leur nutrition. Le processus n'est plus le même dans la gangrène à forme veineuse; il y a bien apport de sang, mais la circulation de retour est maintenant interrompue.

Cette oblitération se présente sous deux formes : la phlébite et la thrombose.

La phlébite peut être primitive, constituant une endophlébite septique ou toxique; ce mode pathogénique serait donc analogue à une endartérite septique ou toxique. Virchow et Lancereaux admettent que la lésion primitive résulte d'une infection microbienne, ayant attaqué la tunique interne de la veine. Pour produire la gangrène, si les artères sont intactes, la phlébite doit atteindre les gros troncs veineux ou toutes les branches terminales.

La phlébite secondaire prend son origine dans la circulation placentaire et dans les veines utérines; de là, par la veine hypogastrique, elle gagne la veine fémorale. Dans ce cas, comme pour la phlébite primitive, si les artères

ne présentent aucune lésion, toutes les branches veineuses collatérales doivent être atteintes.

Nous mentionnerons encore une forme rare de phlébite secondaire, produite par la propagation de l'inflammation de l'artère à la veine voisine.

Ces divers modes de phlébite sont signalés aux observations XIV et XLVI, et chez la malade de Winckel (obs. LVIII), où la phlébite atteignit la jambe droite; elle fut suivie de gangrène et mort. A l'autopsie, les artères étaient intactes.

Dans les cas de phlébite, l'interruption de la circulation dans le système veineux est produite par une inflammation de la tunique interne de la veine, mais elle peut être due aussi à une thrombose, sans inflammation préalable des parois. Un cas de thrombose de ce genre nous est rapporté par Damaschino, à l'observation XIII; à l'autopsie de sa malade, on trouva une thrombose de la partie inférieure de la veine cave, thrombose s'étendant de chaque côté dans les veines iliaques. Cette thrombose peut aussi être secondaire à un arrêt de la circulation dans l'artère correspondante.

On a discuté l'existence de la gangrène veineuse pure; cette question présente une grande importance au point de vue puerpéral. En effet, on signale fréquemment la phlébite chez les accouchées; la circulation de retour étant interrompue, la gangrène trouve alors une condition favorable à son développement.

D'après différentes observations de gangrène d'origine veineuse, certains auteurs soutiennent la possibilité d'une gangrène par une oblitération du système veineux seul, sans participation du système artériel. Troisier, Rondot,

Reyt croient qu'elle est parfaitement réalisable. MM. Andérodias et Lafond, s'appuyant sur les cas de Damaschino, de Lancereaux (obs. XXVI), et de Winckel (obs. LVIII), où l'autopsie ne révéla aucune lésion artérielle, admettent aussi cette interprétation.

Cruveilhier, au contraire, juge impossible la formation d'une gangrène d'origine veineuse pure. Répondant à M. Andérodias, M. le professeur Herrgott (1) est du même avis. Ils considèrent que des thromboses phlébitiques seules ne peuvent donner lieu à l'évolution de la gangrène, car la circulation collatérale supplémentaire s'établit trop rapidement pour que la stase sanguine soit absolue.

En 1904, Wormser admet aussi que la phlébothrombose est secondaire à une oblitération artérielle.

En résumé, si on ne considère que le cas où, grâce à l'autopsie ou à l'examen des parties amputées, on possède des renseignements suffisamment précis, on constate que l'oblitération artérielle est la plus fréquente.

D'après la statistique de Wormser, sur quarante cas, les veines ont été neuf fois le siège de la gangrène, les artères dix-huit fois, et treize fois l'oblitération s'est produite dans les deux systèmes vasculaires en même temps.

Sur les dix-huit cas d'origine artérielle, ce mode de formation fut déterminé quatre fois par embolie résultant d'une endocardite ulcéreuse, trois fois par thrombus cardiaque, une fois par embolie paradoxale et dix fois par endartérite.

Dans les treize cas de forme artérioso-veineuse, le plus souvent l'oblitération fut, au début, d'origine artérielle.

(1) M. HERRGOTT. *Annales de la Société obstétricale de France* 1901, p. 173.

Parmi les neuf cas où le système veineux serait exclusivement atteint, on n'a pu en déterminer le mode que trois fois par thrombophlébite.

Nous ajouterons à la statistique de Wormser celle que nous avons pu établir d'après les observations sur lesquelles nous possédons suffisamment de détails.

La gangrène s'est présentée quarante et une fois aux membres inférieurs, parmi lesquels seize fois dans la jambe droite, et neuf fois à gauche. Treize fois, elle a été signalée des deux côtés, et pour trois cas, le manque de renseignements ne nous a pas permis d'en fixer le siège.

Les membres supérieurs ont été gangrenés huit fois, dont quatre fois à droite, une fois à gauche et trois fois des deux côtés.

Quatre fois, la gangrène a atteint en même temps les membres inférieurs et supérieurs.

Au point de vue pathogénique, nous avons remarqué trente-deux cas de gangrène à forme artérielle, parmi lesquels sept cas d'endocardite, deux cas d'embolie paradoxale, douze cas d'artérite et neuf cas de thrombose.

La forme veineuse comprend neuf cas de gangrène, dont quatre cas par phlébite et cinq cas par thrombose ; enfin, nous signalons treize cas de gangrène mixte, c'est-à-dire la forme artérioso-veineuse.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Comme nous l'avons fait remarquer au cours de cette étude, la cause principale de la gangrène réside dans une infection ; aussi trouverons-nous comme symptômes tous ceux qui sont observés dans les maladies infectieuses, notamment la fièvre.

Régulièrement, dit Wormser, c'est une endométrite puerpérale qui ouvre le chemin. De là, soit par les canaux lymphatiques, ou par les vaisseaux sanguins, l'infection a progressé et, par la suite, a donné lieu à la métrophlébite et à la phlébite des membres.

Dans d'autres cas, les germes infectieux se dirigent de leur porte d'entrée directement dans le courant sanguin. Ils déterminent soit une endocardite, qui peut se développer sans symptômes apparents jusqu'à ce que subitement l'embolie attire l'attention sur l'état du cœur, soit une thrombose primitive, si ces mêmes germes, par l'intermédiaire de leurs toxines provoquent des lésions sur la tunique interne d'une artère ou d'une veine.

Ordinairement, l'apparition brusque des symptômes se rattache à une embolie ; cependant, Eichhorst signale que l'endarterite peut aussi se présenter d'une manière aiguë.

D'autre part, comme nous l'avons mentionné au chapitre de la pathogénie, l'embolus peut ne pas obstruer totalement le vaisseau sanguin, et ce n'est que par l'intermédiaire d'une nouvelle coagulation que la circulation est entièrement interrompue. Dans ces conditions, où la gangrène se présente sous une forme mixte, elle se développe fort insidieusement.

Les formes artérielles débuteraient, en général, très tôt après l'accouchement ; le signe subjectif principal réside alors dans la douleur excessive ressentie sur le trajet d'une artère. A ce moment, où le caillot s'est arrêté, on constate l'absence du pouls dans les régions sousjacentes, qui ne tardent pas à perdre la sensibilité, pendant que la motricité peut encore être conservée.

La circulation faiblit ou disparaît, le membre se refroidit, et l'on remarque, même avant les désordres de la sensibilité, une coloration livide des tissus. Si on palpe la région douloureuse, on constate que l'artère forme un cordon dur, roulant sous le doigt. Broca a constaté qu'au niveau même du point où l'artère est oblitérée, la température s'élève de trois à quatre dixièmes de degré ; il rattache ce phénomène à l'effet de la circulation collatérale devenue plus active.

L'ensemble de ces symptômes peut déjà, avec beaucoup de vraisemblance, faire signaler le début de la gangrène.

Si la circulation ne se rétablit pas par les voies collatérales, les orteils, les doigts, donc, en général, les extrémités prennent une teinte noirâtre ou feuille morte. La malade éprouve des fourmillements, une sensation de froid et des crampes vers l'extrémité qui se gangrène ;

des douleurs vives se déclarent, surtout pendant la nuit. Bientôt, en un point, principalement au niveau du gros orteil, la peau devient terne, marbrée de taches bleuâtres, et les téguments ne tardent pas à se dessécher. Ces derniers symptômes se rattacheront davantage à la production de la gangrène, par une endartérite.

Dès que la gangrène est ainsi établie, les douleurs deviennent encore plus insupportables. A cette période, en plus des lésions dues à l'infection primitive et causale, peut s'ajouter la résorption des produits gangrenés. Le pouls et la température augmentent; le pronostic devient alors plus mauvais, et la mort peut survenir avant la formation du sillon de démarcation.

Wormser mentionne que, sur huit cas où ce sillon n'a pas été observé, six sont de nature artérielle et deux de nature veineuse. Au contraire, si ce sillon se forme, plus il est net et plus ces symptômes menaçants s'amendent, car l'organisme tend à lutter contre l'infection gangréneuse.

On ne peut dire, au début, s'il s'agira d'une gangrène sèche ou humide. Cependant, d'après Andérodias, l'oblitération artérielle provoquerait la momification; la gangrène humide serait due à une oblitération veineuse. Un embolus, qui obstrue totalement le vaisseau artériel, ne laisse passer aucune goutte de sang, mais les lymphatiques, les veines et les capillaires restent perméables, et les liquides de la région sont absorbés. Par aspiration cardiaque et par l'évaporation qui se fait à la surface des téguments, la peau devient sèche et parcheminée.

Dans le cas de l'oblitération veineuse, il y aura toujours apport de sang; les tissus seront alors œdématiés, la circulation de retour étant interrompue.

Les gangrènes d'origine veineuse commencent plus tardivement que celles de nature artérielle. On les cite vers le sixième jour ; mais le début n'a lieu d'habitude que dans la deuxième semaine après l'accouchement, exceptionnellement, ainsi que nous l'observons dans un cas, à la dixième semaine. Cet intervalle a pu monter jusqu'à quatre mois ; mais, à ce moment, on a pu mettre en doute une relation bien définie entre la gangrène et l'accouchement.

Le début, ordinairement insidieux, s'annonce par une simple douleur et par une élévation de la température générale. Cette période, que Vaquez désigne sous le nom de phlébite préoblitérante, ne dépasse guère trois à quatre jours.

Puis, la douleur devient plus vive, accompagnée de fourmillements et d'engourdissements dans l'extrémité du membre intéressé. Siégeant principalement au mollet et au pli de l'aîne, elle est spontanée et augmentée par les mouvements. L'articulation du genou est parfois atteinte d'hyarthrose.

L'oblitération des veines provoque un œdème à caractères spéciaux ; il commence par l'extrémité du membre et remonte vers sa racine, mais il peut suivre aussi la marche inverse. Blanc, parce que la peau est exsangue, il est aussi lisse et dur. Les veines sous-cutanées dilatées forment sous la peau des arborisations rougeâtres ; la paroi des vaisseaux capillaires, également dilatés, peut se déchirer et donner lieu à des hémorragies intra-dermiques.

La veine oblitérée est perceptible à la palpation comme un cordon dur, douloureux et flexueux, qu'on peut parfois sentir jusqu'au mollet.

Lorsque les dernières voies de retour sont oblitérées, les liquides s'accumulent dans les tissus qui se putréfient et exhalent une odeur fétide. La peau, où les veines apparaissent comme un réseau rouge, bleu ou brun, est pâle et devient d'un gris terne; elle se couvre de phlyctènes, puis se ramollit, et c'est alors qu'interviennent les infections secondaires.

La mortification se fait par plaques dont les contours irréguliers se dessinent ; mais elle peut aussi atteindre une région entière.

L'inflammation peut se propager aux artères et déterminer des artérites secondaires ; atteignant le système nerveux, il y aura production de névrites.

Dans la gangrène à forme artérielle, nous avons signalé que la mort pouvait survenir avant la chute de l'eschare ; cette issue fatale est à redouter aussi dans la gangrène d'origine veineuse, avant l'apparition des infections secondaires, par suite de l'infection primitive.

CHAPITRE V.

Diagnostic

Le diagnostic de la gangrène dans les suites de couches ne présentera pas, en général, de grandes difficultés. Dans l'étude de la pathogénie et de la symptomatologie, nous avons pu établir des distinctions bien nettes entre les diverses sortes de gangrène.

L'apparition rapide des symptômes se rattache plutôt à une gangrène d'origine artérielle, qui, en général, présentera la forme sèche.

L'œdème, dans la forme veineuse, est moins dur et s'accompagne d'un réseau veineux sous-cutané supplémentaire.

Dans les gangrènes d'origine artérielle, nous avons mentionné l'absence du pouls dans les régions sous-jacentes à l'embolus. Lorsqu'il s'agira d'une forme veineuse, les battements artériels seront conservés, bien que l'œdème puisse les faire paraître affaiblis.

L'auscultation du cœur, au moment où se produit une infection puerpérale, permettra de déceler l'endocardite.

Dans la gangrène symétrique, ou maladie de Raynaud, les pulsations artérielles seront aussi perceptibles. Mais on observera la symétrie habituelle des lésions ; la gangrène est bien plus limitée, et les eschares siègent aux régions exposées à des compressions.

CHAPITRE VI.

Pronostic

Les différentes statistiques que l'on a pu établir au sujet de la gangrène des extrémités dans les suites de couches présentent un pronostic grave.

La mortalité, vers le milieu du siècle dernier, était de 66 %. Wormser fait remarquer que, depuis les progrès de l'antisepsie, cette proportion de décès semble être descendue à 40 ou 50 %. En 1875, dit-il, sur trente-deux cas publiés, il y eut quinze décès.

Ce pronostic présente des variations suivant les différentes formes de gangrène. Dans les cas d'origine artérielle, la possibilité de l'amputation contribue certainement à une issue favorable. Au contraire, la mortalité est très grande dans les formes d'origine veineuse, car, ainsi que le fait remarquer M. Lafond, le traitement ne peut s'adresser qu'à l'état général du malade; aussi le même auteur nous signale que sur trois cas de gangrène veineuse qu'il a observés, il y eut trois décès, tandis que sur dix-neuf cas de gangrène artérielle, neuf fois les malades furent guéris.

M. Wormser, sur dix-huit cas de gangrène à forme artérielle, mentionne douze décès et six guérisons, et, sur neuf cas à forme veineuse, sept décès et deux guérisons. D'après sa statistique, le pronostic serait meilleur, lors-

qu'on observera des formes artérioso-veineuses (Sur treize cas, sept guérisons et six décès).

Au sujet des résultats fournis par l'amputation, Wormser, sur 54 malades dont il a pu obtenir des renseignements précis, rapporte que 24 furent amputées, et six parmi ces dernières décédèrent. Le premier cas mortel concerne une amputation pratiquée le soir même de l'apparition des symptômes; chez la deuxième et la troisième malade, la mort survint à cause de la localisation très élevée de l'oblitération. L'amputation, au quatrième cas, fut faite au milieu des tissus enflammés. La cinquième malade décéda, malgré l'amputation, des suites d'une pneumonie, et, chez la sixième et dernière malade, on observa une endocardite avec oblitération des deux artères iliaques. La mort survint quatre jours après l'opération. Les trente autres malades décédèrent toutes, et, parmi celles-ci, les malades chez qui on ne put procéder à l'amputation, soit à cause de la rapidité d'apparition des symptômes, soit encore parce que le siège de l'oblitération fut trop élevé.

Nous ajouterons à ces faits la statistique que nous avons pu établir d'après nos observations. L'amputation fut pratiquée 23 fois, et, 10 fois, les malades succombèrent; sur 23 malades non opérées, on constate 23 décès.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement de la gangrène des extrémités dans les suites de couches sera différent, suivant les variétés de gangrène.

Nous avons démontré, d'après le pronostic, qu'une amputation pratiquée judicieusement pouvait donner des résultats appréciables, dans les gangrènes artérielles.

Lorsque la gangrène n'est pas limitée, toute opération serait inopportune ; on appliquera sur les parties malades des pansements ouatés ou des pansements antiseptiques.

Mais, dès l'apparition du sillon d'élimination, il sera indiqué de procéder à l'amputation. Il est certain qu'on ne pourra pas toujours y recourir, soit à cause du mauvais état général de la malade, soit encore pour les causes que Wormser nous signale à propos du pronostic de cette maladie, c'est-à-dire la rapidité avec laquelle les lésions gangréneuses ont évolué, ou si le lieu de l'obstruction remonte trop haut.

L'intervention chirurgicale devra être évitée, au contraire, dans les cas de gangrène à forme veineuse. A la période de phlébite, la malade devra conserver dans son lit le repos le plus absolu, sans produire aucun mouve-

ment intempestif. De même, il faudra éviter toute tentative de massage, qui serait nuisible par migration du caillot obturateur.

Le membre sera recouvert de compresses antiseptiques; M. Pinard prescrit à cet effet le chlorhydrate d'ammoniaque; au moment où la gangrène sera définitive, on désinfectera la plaie.

Le traitement général consistera à soutenir les forces de la malade; la fièvre et la douleur réclameront leur traitement symptomatique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

ANDÉRODIAS (*Annales de la Soc. Obst. de France 1901*)

**Gangrène d'origine artérielle.
Accouchement prématuré. — Endocardite.**

M^{me} J..., quarante-deux ans, sans profession, toujours bien réglée, a eu quatre grossesses. Les trois premières, de vingt à vingt-huit ans, terminées par des accouchements spontanés et à terme, n'ont donné lieu à aucune suite pathologique.

A quarante-deux ans, cette femme devint de nouveau enceinte ; mais, à six mois de grossesse, elle accoucha prématurément d'un enfant qui succombait presque immédiatement. Cet accouchement se fit avec une extrême rapidité ; la malade sentit plutôt un peu de malaise que de véritables coliques utérines, et le fœtus et le placenta furent expulsés dans une seule douleur.

M. le docteur Laconche fut appelé en hâte auprès de cette dame, qui, brusquement, dans la matinée, avait été prise d'une douleur violente dans le pli inguinal droit, s'irradiant au niveau de la partie antérieure et du tiers supérieur de la cuisse, douleur si intense qu'elle arrachait à la malade des cris aigus et continus.

A l'examen, il constata un refroidissement de tout le membre inférieur droit, et l'absence des pulsations artérielles dans les différents points accessibles au toucher. L'impotence du membre était absolue.

Le soir même, M. le docteur Laconche revit la malade. Il la trouva dans le même état, les souffrances étaient aussi vives ; les phénomènes de refroidissement n'avaient fait que s'accroître. Le point de départ de tous ces accidents était assurément la présence, dans l'artère fémorale, d'un caillot, dont on attribua l'origine à l'affection aortique, (rétrécissement), dont était atteinte la malade ; elle avait eu jadis de légères atteintes de rhumatisme articulaire aigu.

Les symptômes de gangrène allèrent en augmentant, le membre se desséchait. Les souffrances devinrent atroces ; elles furent difficilement calmées par trois ou quatre piqûres de morphine dans les vingt-quatre heures. Une dizaine de jours après le début des accidents, la malade succombait.

L'autopsie ne fut pas faite.

OBSERVATION II

J.-R. BEGG (*Lancet*, 1870)

Gangrène symétrique

Six semaines après un accouchement, apparition de gangrène symétrique aux mains et aux pieds (maladie de Raynaud). Amputation des pieds et des mains. Guérison complète.

OBSERVATION III

BÉGOUIN et ANDÉRODIAS (*Annales de la Soc. Obst.
de France, 1901*)

Gangrène d'origine artérielle. — Avortement. — Endocardite.

Louise R., vingt-six ans, tailleuse, entre à l'isolement de la clinique, le 12 octobre 1900, pour phénomènes infectieux post-abortifs.

Cette malade, enceinte de deux mois environ, perdit une grande quantité de sang mêlé de caillots. Une sage-femme appelée, affirma qu'il y avait avortement, et pratiqua des touchers répétés. Quelques heures après, la malade fut prise d'un grand frisson et la fièvre s'alluma le soir même.

A son entrée à l'hôpital (sept jours après le début des accidents), on trouve la malade avec un faciès légèrement grippé, le ventre un peu tendu et douloureux. Température 39°2. Pertes fétides. Rien d'anormal du côté du cœur.

Deux ou trois jours après, apparurent dans les membres inférieurs des douleurs vagues, surtout marquées à droite. Le 15 octobre, la malade ressentit brusquement une douleur extrêmement vive au niveau du membre inférieur droit.

Le 16, on est frappé par l'état de décoloration et d'anémie du pied droit ; à la jambe, peau un peu plus colorée ; refroidissement du même côté, absence de battements artériels à la pédieuse et à la fémorale. Sensibilité au contact et à la douleur abolie à partir du genou.

L'examen du cœur est négatif.

Le 17, infusion sanguine sur le dos du pied et sur la rotule ; température 40°2.

Les jours suivants, la teinte violacée gagne insensiblement tout le membre.

Le 21, on constate que le premier bruit du cœur est sourd, et presque soufflé. Le sphacèle s'accroît ; phlyctènes.

Le 25, la gangrène paraissant vouloir se montrer au-dessous du genou, l'amputation de la cuisse est décidée et pratiquée par M. le docteur Bégouin.

L'examen du membre enlevé fait reconnaître une dégénérescence de tous les tissus, par suite de l'oblitération du tronc de l'artère fémorale.

Le 26, la malade est très fatiguée ; on perçoit très nettement à l'auscultation du cœur un souffle au premier temps et à la pointe. La fémorale gauche ne bat plus ; le membre est refroidi.

Le 28, la malade tombe dans le coma. Elle meurt le lendemain.

Autopsie. — En faisant l'examen du cœur, on trouve, sur le bord libre de la valvule mitrale, de l'endocardite végétante ; dans l'iliaque primitive droite existe un caillot obstruant complètement l'artère et se continuant jusque dans les artères iliaques interne et externe. Il en est absolument de même dans les artères du côté gauche.

OBSERVATION IV

RISDON, BENNET (*Gazette médicale de Paris*, 1854)

Gangrène d'origine artérielle

Gangrène des deux extrémités inférieures, deux mois et demi après l'accouchement.

Mort quatre mois après l'accouchement.

A l'examen anatomique, on découvre une thrombose des deux artères iliaques au-dessus du pli inguinal.

Septicémie probable.

OBSERVATION V

BERGEN (*Médical News*, 1895)

Gangrène d'origine artérielle. — Erysipèle

M^{me} C..., âgée de 34 ans, III^e pare, réglée à quatorze ans. Bonne santé habituelle, sauf pendant les couches.

Troisième accouchement, le 15 octobre 1894. Le travail prémonitoire dura onze heures environ ; aussi accouchement artificiel pour avoir un enfant vivant. Le placenta fut déchiré pendant la délivrance ; il vint intact.

Convalescence bonne jusqu'au huitième jour ; à ce moment, petite papule située à l'angle du nez. La lésion présentait à sa base une induration inflammatoire comme dans l'érysipèle. Presque aussitôt, on fit un tamponnement du vagin et de la vulve avec des compresses de sublimé, pour empêcher la contamination des organes génitaux.

Au bout de quarante-huit heures, l'érysipèle se généralisait à toute la face, puis à la région cervicale, ainsi qu'au niveau du dos et des cuisses ; les régions vulvaire et anale furent épargnées. Cela dura quinze jours ; puis la température, qui avait été très élevée, s'abaisa.

Le 7 septembre, température normale pendant trente-quatre heures ; alors que la convalescence semblait s'être rétablie, douleurs violentes à la tête attribuées à une névralgie ; morphine en injection hypodermique. Après trois heures, douleur violente dans le pied droit. Rien d'anormal à l'examen ; on ne trouvait ni œdème, ni induration au niveau des vaisseaux.

Le lendemain matin, la douleur fut un peu moins vive, mais elle existait encore. On trouva le membre refroidi, ne présentant pas de pulsations au niveau des artères tibiales, avec une anesthésie complète de tout le pied,

A partir de ce moment, la gangrène ne cessa de progresser, mais l'état général restait bon, la température oscillait entre 37°2 et 37°7 ; un seul jour, elle atteignit 39°7.

Quelques jours après, le 20 novembre, on amputa le membre, à 6 pouces environ au-dessus du genou.

On trouva l'artère fémorale obstruée par un caillot jusqu'à 3 pouces de la poplitée. Cette dernière était entièrement thrombosée. A son niveau existait un large abcès.

La malade se remit difficilement ; elle sortit cependant complètement guérie.

OBSERVATION VI

BILLROTH (*Chirurg. Klinik*, Berlin 1879)

Gangrène d'origine artérielle. — Endocardite

Quatre jours avant l'accouchement sont apparues, dans la main gauche, des douleurs, et, deux jours après, gonflement de toute l'extrémité avec mouvement fébrile.

Trois jours après l'accouchement, premiers signes de gangrène, qui, suivant Billroth, ont pour cause des végétations sur les valvules aortiques, avec embolie de l'artère cubitale. D'ailleurs, l'observation de la malade ne signale pas de thrombose.

La malade fut opérée en l'absence de Billroth.
Guérison.

OBSERVATION VII

BLACKMANN (*Gaz. Hebdom. de méd. et chirurg.*, 1859)

Gangrène d'origine artérielle

Huit jours après l'accouchement, gangrène d'un pied. Autre pied indemne, malgré l'absence de pulsations dans l'artère fémorale.

Six semaines après l'accouchement, amputation dans la région de l'inflammation et près du sillon de démarcation.

Mort deux semaines plus tard.

Autopsie.— Thrombose de l'aorte. Thrombus du cœur droit remontant jusque dans l'artère pulmonaire.

OBSERVATION VIII

BOSSOMBY

Gangrène d'origine artérielle

Le dixième jour, après un accouchement, pleurésie ; le treizième jour, gangrène du cou de pied. Amputation au-dessus du genou.

Guérison.

A l'examen anatomique, on trouve de l'artérite.

OBSERVATION IX

BURCKARD (*Centr. f. Gyn.*, 1900)

Gangrène d'origine veineuse. — Embryotomie

VIIpare. Ouvrière de fabrique ; 38 ans.

Accouchements antérieurs difficiles, par suite d'un bassin rachitique plat.

Première grossesse : Application de forceps, mort de l'enfant.

Deuxième grossesse : Décapitation, embryotomie.

Sur les autres grossesses, les enfants vivent, sauf la dernière, où s'est produit un accouchement prématuré à 7 mois ; mort de l'enfant.

L'accouchement dernier a eu lieu le 7 juillet.

Présentation transversale avec chute d'un pied.

Embryotomie.

Après l'extraction, hémorragie qui dure après la sortie du placenta, provenant d'une rupture incomplète de l'utérus à gauche.

Jusqu'au douzième jour, fièvre élevée.

20 juillet : Nouvelle élévation de température ; insensibilité du pied gauche.

22 juillet : L'insensibilité remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'articulation.

24 juillet : Douleurs violentes dans le mollet. La jambe, dans les parties inférieures, devient bleuâtre.

31 juillet : Amputation.

A l'examen anatomique, thrombose de la veine poplitée.

OBSERVATION X

BURCKARD (*Loc. cit.*)

Gangrène d'origine artérielle

Vpare. Premiers accouchements laborieux ; bassin plat rachitique. Accouchement prématuré provoqué, version. Mort de l'enfant. Rupture de la symphyse. Deux jours après l'accouchement ; œdème du membre inférieur gauche, insensibilité et cyanose du pied. Sillon de démarcation bien net au-dessus des malléoles. Amputation de la jambe au tiers supérieur.

A l'examen anatomique, thrombose de l'artère tibiale postérieure.

OBSERVATION XI

COWAN

Gangrène d'origine artérielle

Quatre jours après l'accouchement, gangrène du pied gauche, amputation au-dessus du genou. Mort, quatre jours après.

Caillots adhérents à la partie supérieure de l'artère fémorale.

OBSERVATION XII

DALLAS (*Bibliographia medica*, 1902)

Trois heures après l'accouchement, gangrène des quatre extrémités.

OBSERVATION XIII

DAMASCHINO (*Soc. anat.*, 1867)

Gangrène d'origine veineuse

Femme accouchée depuis quinze jours. Fièvre puerpérale. Œdème du membre inférieur droit. L'œdème se propagea bientôt au membre inférieur gauche. Il s'ensuivit une gangrène des deux orteils internes du pied de ce côté avec phlyctènes qui donnèrent issue à un liquide roussâtre et fétide. Puis la malade fut prise d'accidents dyspnéiques très intenses avec œdème d'une moitié seulement de la face et exophtalmie. Elle succomba après trente-six heures d'agonie.

Autopsie. — Thrombose de la partie inférieure de la veine cave, s'étendant de chaque côté dans les veines iliaques. Dans une branche de l'artère pulmonaire, caillot blanc grisâtre, en partie adhérent aux parois vasculaires.

Pour expliquer la gangrène, il a été impossible de trouver aucune coagulation artérielle, depuis la fémorale jusqu'à la pédieuse.

OBSERVATION XIV

DAVIES (*London médical Repository*, 1825)

Gangrène d'origine veineuse

Xpare. Quinze jours après l'accouchement, premiers symptômes de la gangrène.

Amputation au-dessus du genou au vingt-cinquième jour du postpartum.

Mort sept jours après l'opération.

Autopsie. — Inflammation des veines de la cuisse et de la veine cave jusqu'au diaphragme, nombreux caillots, artères intactes.

OBSERVATION XV

DEROYER (*Gazette des Hôpitaux*, 1880)

Gangrène d'origine artérielle

Ipare, 22 ans, accouchement normal.

Six jours après, le 13 juin, douleur dans la fosse iliaque gauche. Température, 39° ; pouls, 120.

Les jours suivants, arrêt des symptômes ; quatre jours plus tard, après lavement, la malade pousse un cri et se plaint d'une violente douleur au bas-ventre sans ballonnement ni hypersensibilité.

Mais le 2 juillet, c'est-à-dire vingt jours après l'accouchement, la malade est prise de violentes douleurs dans les deux jambes, elle fléchit continuellement les cuisses sur le bassin, puis les étend sur le lit.

Insensibilité des deux jambes. Pouls, 130.

A l'auscultation du cœur et des poumons, rien d'anormal ; les pulsations des deux fémorales ont disparu ; cependant, on sent les battements de l'aorte jusqu'à la bifurcation.

Le lendemain, à la partie antérieure du genou gauche, eschare sèche et brune.

Le 4 juillet, phlyctène du creux poplité gauche ; les jambes se sont un peu refroidies.

La partie extérieure et antérieure de la jambe droite commence à se couvrir de plaques violacées.

Le 6 juillet, la couleur lie de vin de la partie antérieure de la jambe droite s'accentue et remonte à vingt-cinq centimètres au-dessus des malléoles, où elle se termine par un rebord net et festonné.

Les 7, 8, 9, 10 juillet, les phlyctènes apparaissent sur la partie violacée de la jambe droite.

A partir du 15, la partie mortifiée prend une couleur charbonneuse ; en même temps, la partie supérieure de la cuisse devient le siège d'un gonflement œdémateux.

Le 23, la malade est prise de délire et meurt le 26 juillet. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XVI

DICKINSON (*Clin. Soc. Lond.*, 1897)

Gangrène symétrique

La gangrène a déjà débuté pendant la grossesse et a récidivé après l'accouchement.

OBSERVATION XVII

DUFLOCQ (*Progrès Médical*, 1882)

Gangrène mixte

Femme, trente-huit ans, cuisinière ; IVpare et fausses couches.

A la suite d'une des premières couches, érysipèle de la face, sans complications cardiaques.

Aux deuxième couches, œdème de la jambe droite.

Troisième accouchement, normal,

A la fin de la quatrième grossesse, brusquement, la nuit, douleur vive au pied droit, fourmillements et lancements aigus. Le pied devient livide, froid, et insensible ; plus tard, il prit une coloration ardoisée, puis noirâtre.

Accouchement normal d'un enfant mort quinze jours après.

Un mois après l'accouchement, mauvais état général.

Pied noir, insensible, d'une consistance un peu molle. Par la pression, crépitation gazeuse.

Pas d'œdème de la jambe ; sucre dans les urines ; cette glycosurie se rattache à l'état actuel, pas de diabète antécédent. L'état général s'aggrave, crachats hémoptoïques. La malade succombe le 1^{er} mars, sans que, localement, la gangrène ait augmenté.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. Le foie, la rate, les reins, le tube digestif, la vessie sont normaux.

On ne découvre rien dans l'utérus et les ovaires.

A la partie supérieure du poumon droit, pneumonie gangréneuse.

Le cœur, sauf un léger épaissement très limité de la valvule mitrale, est sain ; de même l'aorte et ses branches. Fémorale droite oblitérée par un caillot qui commence immédiatement au-dessus de sa bifurcation et envahit les deux branches ; ce caillot, adhérent à la paroi, se conti-

nue sur le trajet de la fémorale et de la poplitée et envahit la tibiale antérieure, la tibiale postérieure et la péronière jusqu'au pied. Les veines correspondantes et les deux saphènes sont le siège de coagulations secondaires.

En un mot, toutes les artères du membre inférieur sont oblitérées.

OBSERVATION XVIII

ESCALIER (*Bulletin Soc. anatomique, Paris, 1846.*)

Gangrène mixte

Abcès des ligaments larges. Phlébite. Caillot artériel. Gangrène par propagation de l'inflammation de la veine à l'artère sous le ligament de Poupart.

OBSERVATION XIX

ETIENNE (*Archives général. médec., Paris, 1904*)

Gangrène d'origine artérielle

Femme, 28 ans, grossesse normale.

Après intervention de forceps, déchirure vulvaire infectée.

Fièvre puerpérale. Abcès du sein.

Quelques semaines après l'accouchement, phlébite double des membres inférieurs avec œdème des jambes, cuisses et partie inférieure de l'abdomen.

Trois mois après la guérison de cette phlébite, présence à la partie antérieure du tiers moyen de la jambe droite, de phlyctènes.

Au pied gauche, apparurent ensuite fourmillements, élancements, ensuite une douleur, puis une teinte noirâ-

tre localisée d'abord à la partie interne du pied et qui s'étendit ensuite, en même temps que la douleur s'accroissait.

Peu à peu tout le pied noircit.

Douleurs insupportables spontanées, exagérées, par le froid et la pression.

Battements de la fémorale imperceptibles, cœur normal, pouls régulier égal, pas d'albumine. Les jours suivants, la douleur augmente d'intensité, la plaque gangréneuse envahit la partie dorsale du pied, et, les 23 et 24 septembre, la région sus-malléolaire jusqu'à un travers de doigt au-dessus du cou de pied. Le 24, albumine dans les urines. Le 31 octobre, décès sans opération.

OBSERVATION XX

FISCHER (*Lancet*, 1898)

Gangrène d'origine artérielle. — Endocardite

XVpare de quarante-cinq ans, le 25 novembre 1895, délivrance artificielle pour une hémorragie violente.

Le quatrième jour après l'accouchement, douleur dans l'abdomen et dans les articulations, avec diarrhée. Température, 39°4 ; pouls, 130.

Ces symptômes durèrent jusqu'au huitième jour, aux deux jambes, mais d'une façon plus intense du côté droit. Température, 40° ; pouls, 130.

Le douzième jour, quelques phlyctènes à la jambe droite ; le pied prend une teinte grise, rougeâtre ; les orteils sont violacés. Sensibilité un peu diminuée sur toute la jambe et au niveau du pied.

Le vingtième jour, état général très mauvais ; un sillon d'élimination se montre à la base des orteils. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état général s'amé-

liore ; la fièvre et la diarrhée disparaissent, de telle sorte que l'on peut faire l'amputation des orteils (janvier 1896).

Guérison facile. Peu de temps après, la malade pouvait vaquer à ses occupations, quoiqu'il persistât un léger œdème à la jambe droite. En février 1897, apparition d'un gonflement et d'une douleur dans le cinquième métatarsien qui était nécrosé et qu'il fallut enlever.

En mars 1898, la jambe était encore légèrement œdématisée ; cependant, la malade pouvait s'occuper de son ménage.

OBSERVATION XXI

FRÖNKEL (*Monatschrift für Geburst und Gynæcologie*,
Berlin, 1905)

Gangrène d'origine artérielle. — Endocardite

Femme, 24 ans, Ipare. Bonne santé antérieurement, sans cardiopathies ; a eu il y a un an une fausse couche de trois mois.

Grossesse actuelle normale.

Après vingt-sept heures de travail, accouchement d'un enfant vivant ; placenta normal.

Vingt-quatre heures après, douleurs lancinantes dans la jambe droite. Pouls, 120 ; température, 37°2, sans frisson.

On constate une déchirure à la commissure inférieure avec épaissement des deux régions inférieures du vagin. Utérus bien rétracté.

Lochies sanguinolentes. Léger météorisme.

Insomnie. Urines normales. Température, 39°6 ; pouls, 140.

Le douzième jour, on observe que, sur tout le bras gauche, depuis l'artère axillaire jusqu'à la radiale, on ne sent aucune pulsation.

En même temps, œdème profond et rougeur des deux doigts droits externes avec douleurs.

Le bras gauche devient insensible, peu œdématié.

A ce jour, pour la première fois, au cœur, souffle systolique initial, rien au poumon.

Au treizième jour, température 40°2, pouls 130. Absence du pouls au bras gauche, qui est froid, légèrement cyanosé et œdématié jusqu'au coude.

OBSERVATION XXII

VAN GIESON (*Medical Record*, 1883)

Gangrène mixte

Thrombus puerpéral. Endartérite. Gangrène.

Oblitération vasculaire dans le triangle de Scarpa ; infiltration du tissu cellulaire environnant.

OBSERVATION XXIII

HOCHSTETTER (*Wiener med. Wochenschrift*, 1888)

Gangrène d'origine artérielle

Jeune fille de vingt-quatre ans, dont les suites de couches paraissent apyrétiques. Repos au lit pendant quatre semaines, pour faiblesse.

La cinquième semaine, pendant une nuit, apparaissent des douleurs dans la jambe droite, qui enfle ; le lendemain, les orteils sont violacés ; le troisième jour, des phlyctènes se montrent au pied et au mollet.

Sept semaines après l'accouchement, la malade entre à l'hôpital ; déjà le pied, presque tout entier, est noir ; les battements de la fémorale ne sont pas perçus. Le cœur

est normal. Examen des urines négatif. Température, 39°. Les jours suivants, un sillon d'élimination apparaît au-dessous des malléoles.

Quatorze jours après le début de l'affection, douleurs dans la jambe gauche, qui prend une teinte bleuâtre jusqu'au-dessus du genou, insensibilité sans œdème. Dans les deux moitiés du bassin, à droite surtout, on trouve une induration des tissus due peut-être à un œdème du tissu cellulaire du bassin.

Peu après, un sillon se creuse à la jambe gauche, au-dessus de l'articulation du genou. Température un peu supérieure à la normale. Albuminurie passagère.

Ce n'est que deux mois après le début de la maladie qu'on fait l'amputation ; supra-malléolaire à droite, au milieu de la cuisse à gauche. L'artère crurale présente le calibre d'une humérale.

Guérison.

Il n'a pas été fait un examen anatomique des membres amputés.

OBSERVATION XXIV

HOFMOHL (*Bericht der Krankenanstalt. Wien*, 1884)

Apparition spontanée pendant la grossesse de gangrène dans le doigt auriculaire, à la main droite.

Amputation. Guérison.

OBSERVATION XXV

JARDINE (*Journal of Obstetrics and gyn.* 1908. —
Centralblatt für Gynæcologie, 1908)

Gangrène d'origine artérielle

Ipare, 22 ans ; au dernier mois de la grossesse, douleurs dans le pied et le cou de pied droit, avec crampes et engourdissements .

Plus tard, les douleurs montent plus haut. Le pied droit devient livide, exsangue et froid comme glace. On ne sent aucune pulsation, on les sent très faiblement vers le genou, cœur et poumon normaux. Pas d'albumine.

Deux jours après l'apparition de ces accidents, accouchement au forceps d'un enfant hydrocéphale, qui mourut au bout de deux heures.

Aucune pulsation dans l'artère fémorale, jambe froide, ligne de démarcation au-dessus du genou.

Amputation de la cuisse à la partie supérieure.

Thrombose généralisée de causé inconnue ; des symptômes débutèrent même au pied gauche, mais sans persister.

OBSERVATION XXVI

LANCEREAUX (*Thèse d'agrég. de Troisième, 1880*)

Gangrène d'origine veineuse

D..., trente et un ans, accouchée depuis six semaines. Cette femme s'est levée cinq ou six jours après la délivrance ; mais elle est restée affaiblie ; elle a eu quelques frissons. Les urines sont légèrement albumineuses.

Le 8 mars, léger œdème du pied droit ; la fosse iliaque est douloureuse ; la malade a de la fièvre.

Quelques jours après, survient une dyspnée assez intense ; la respiration est soufflante aux deux poumons, on y trouve des râles sous-crépitaux.

Le 13 mars, la malade ressent de vives douleurs dans la jambe droite, qui est très œdématiée et sur laquelle un réseau veineux sous-cutané est très apparent.

Le 31 mars, un abcès séro-purulent du mollet droit est ouvert à l'extérieur.

Le 1^{er} avril, apparaît une gangrène des deux tiers supérieurs du mollet, du pli poplité et du tiers inférieur de la jambe droite.

Le 3, la malade succombe.

Autopsie. — Les veines fémorale et iliaque, ainsi que la veine cave inférieure sont obstruées par des caillots.

Les artères sont vides.

OBSERVATION XXVII

LANCEREAUX (*Gazette médicale*, 1887)

Gangrène mixte

IIIpare, vingt-deux ans, accouchement normal. La malade se lève quatre jours plus tard. Le cinquième jour, œdème de la jambe gauche d'un volume double du volume normal. Ce membre repose sur sa face externe légèrement fléchi sur la cuisse ; impotence fonctionnelle absolue.

Le 5 décembre, œdème à la jambe droite, à la paroi abdominale, et à la grande lèvre gauche. Température, 39°.

Les jours suivants, la malade eut de la diarrhée et des vomissements, et elle s'affaiblit d'une façon rapide.

Le 2 janvier, les urines diminuent de quantité, en même temps qu'apparaît de l'albumine.

Le 6 janvier, la malade est prise de toux, de dyspnée, et on trouve, à la base gauche, un point pneumonique, produit certainement par une embolie pulmonaire.

Le 13, apparaissent dans les jambes de violentes douleurs, accompagnant des plaques violacées au niveau des téguments. Aux pieds, la sensibilité est très éteinte ; elle est exagérée à quatre doigts au-dessus des malléoles. On pense alors à une oblitération des deux artères fémorales, car ces vaisseaux ne battent plus. Abaissement de la température.

Le 14, se montrent des phlyctènes ; la malade s'affaiblit progressivement.

Le 15, elle succombe.

Autopsie. — Utérus volumineux, sinus utérins dilatés et obstrués par des caillots. Les veines qui en émanent se présentent sous forme de cordons solides, formés par des bouchons du même genre ; les troncs des veines hypogastrique, iliaque externe, fémorale, rénale, sont obstruées par des caillots.

OBSERVATION XXVIII

LÉOPOLD (*Archiv. für Gynækologie*, 1909)

Gangrène d'origine veineuse

Bassin rétréci, craniectomie, accidents infectieux, fièvres et frissons.

Phlébite du membre inférieur. Gangrène.

Opération au vingt-sixième jour. Mort.

OBSERVATION XXIX

LÉOPOLD (*Loc. cit.*)

Gangrène d'origine veineuse

Thrombose des veines iliaques remontant jusque dans la veine cave inférieure. Infarctus au poumon droit. Opération au quarante-quatrième jour.

OBSERVATION XXX

LEVER

Rhumatisme aigu pendant la grossesse, gangrène du bras et de la jambe, à droite. Mort.

Végétations sur les valvules.

OBSERVATION XXXI

LUGEOL (*Gaz. heb. des Sciences médicales
de Bordeaux*, 1901)

Gangrène d'origine artérielle. — Eclampsie

Ipore, 22 ans. Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse ; pendant sa grossesse, elle avait contracté le goût des liqueurs alcooliques et buvait souvent du vin avec excès.

Pendant les sept premiers mois de la grossesse, santé parfaite ; au huitième mois, à la région des chevilles, apparition de l'œdème qui, à la fin du mois, remonte jusqu'aux cuisses.

Pendant l'accouchement, attaque d'éclampsie très forte et très longue. Col dilaté, tête dans l'excavation ; on termine rapidement l'accouchement par une application de forceps. Enfant mort-né, 1800 grammes.

Les heures suivantes, les attaques d'éclampsie se succèdent rapidement. A partir du huitième accès, la température, qui s'était élevée à 39°, s'abaisse progressivement, et, au dernier accès, elle n'était plus que de 37° 5.

Les urines contenaient 5 grammes d'albumine par litre.

Suites de couches normales jusqu'au 15 mai. Régime lacté rigoureusement observé ; plus d'œdème. Les urines, abondantes, ne contiennent plus que 1 gramme d'albumine par litre. Dans la nuit, la malade se plaint de douleurs très vives dans la jambe droite.

Le 16, un peu de fièvre : 38° et 100 pulsations. Sensibilité exagérée au mollet et à la partie antérieure de la jambe. Pas d'œdème.

Dans la crainte d'une phlegmatia, repos absolu ordonné, ainsi que enveloppement ouaté.

Les 17, 18, 19, douleurs très vives mais pas d'œdème.

Le 20, phénomène nouveau : le pied est froid et la sensibilité y a disparu. Pas de pulsations au niveau de la pédiuse, de la tibiale antérieure. La poplitée est impossible

à explorer à cause de la douleur. Les battements de la fémorale, à la partie supérieure, sont à peine sensibles.

Je diagnostique une artérite et une thrombose artérielle. Le pied, toujours froid, insensible, est envahi par une légère teinte bleuâtre.

Le 22 le docteur Demons, professeur à la Faculté de Médecine voit la malade et confirme le diagnostic de gangrène, suite d'artérite. Régime lacté ; il y a encore de l'albumine dans les urines, 3 gr. 50.

Le 23 la teinte violacée remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus des malléoles.

Le 26, les douleurs reparaissent plus fortes, apparition de phlyctènes et d'eschares sur les orteils.

Du 27 mai au 16 juin, l'état général s'est amélioré, la température se maintient à 38° ; le pouls, à 90.

Le 18, la température monte, le soir, à 39° ; de l'œdème apparaît sur la jambe à partir du tiers supérieur, où s'arrête la couleur ardoisée, et envahit le genou.

Le 19, la température monte, le soir, à 39° 6. Les urines ne contiennent plus que 50 centigrammes d'albumine par litre.

Le 20, au niveau de la partie sphacélée, il se fait des ouvertures par lesquelles s'écoule une grande quantité de pus très fétide. Grand soulagement. Température, 38° le soir. Les douleurs diminuent, la gangrène s'est limitée au tiers supérieur de la jambe. Ligne de séparation très nette. La santé générale s'améliore.

Le 8 juillet, l'amputation de la jambe au lieu d'élection est faite ; les suites sont bonnes.

Le 1^{er} août, la cicatrisation par première intention est complète. Le quinzième jour après l'opération, la guérison est achevée, la malade se lève. L'albumine a complètement disparu.

A l'examen du membre amputé, artères oblitérées par un caillot mou, peu adhérent, parois rougeâtres et épaissies.

Il n'y avait jamais eu de troubles du côté du cœur.

OBSERVATION XXXII

MAC FERLANE, Glasgow.

Gangrène d'origine artérielle. — Endocardite

Début brusque dix jours après l'accouchement, gangrène du bras droit ; huit jours plus tard, gangrène de la jambe et de la cuisse droite. Mort.

Autopsie. — Végétations sur les valvules aortiques, des caillots obstruent les artères.

OBSERVATION XXXIII

MAC FERLANE, Glasgow.

Gangrène d'origine artérielle

Rhumatisme. — Début des accidents pendant le travail d'un accouchement assez long. Menaces de gangrène dans le bras droit. La circulation collatérale s'établit. Mort trois semaines après.

Artère sous-clavière complètement oblitérée par un caillot fibrineux composé de plusieurs couches stratifiées résultant d'une artérite.

OBSERVATION XXXIV

MANDL (*Wiener med. Woch.*, 1901)

Gangrène mixte

Treize jours après l'accouchement, gangrène par thrombose des membres inférieurs, artérite accompagnant une phlébite,

OBSERVATION XXXV

MULLER (*Handbuch der Geburtshilfe*)

Gangrène d'origine veineuse

Ipore, 34 ans. Il y a 12 ans, œdème des malléoles droites. Il y a huit semaines, frissons, fièvre ; huit jours après, douleurs dans la jambe droite.

Apparition de plaques gangréneuses au pied, suites de couches fébriles, mort au quatrième jour.

Autopsie. — Thrombose dans les veines du mollet, grosses veines et artères intactes.

OBSERVATION XXXVI

OKES, 1842.

Gangrène d'origine artérielle

Après un avortement, obstruction artérielle subite, gangrène des téguments des doigts. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

OLIVER (*Lancet*, 1896)

Gangrène mixte

Ipore, 23 ans, bien portante, accouchement et premiers jours des suites de couches normaux.

Au quatorzième jour, syncope, paralysie de la face et du bras du côté droit avec légers troubles de la parole, jambe droite indemne. Peu de temps après, la paralysie

se dissipe ; par contre, la jambe droite devient douloureuse, et rapidement le petit orteil se gangrène ; la jambe devient violacée dans ses deux tiers inférieurs, elle se refroidit. Urine albumineuse, cœur normal.

Comme la gangrène se propageait avec une intensité inouïe, on pratiqua l'amputation au-dessus du genou, malgré qu'il ne se fût pas formé encore de sillon d'élimination. La guérison survint.

Dans le membre enlevé, on trouva l'artère et la veine poplitée obstruées complètement par des caillots.

OBSERVATION XXXVIII

OLIVER (*Loc. cit.*)

Gangrène d'origine artérielle. — Endocardite

Iipare, 25 ans. Accouchement normal. Quatre jours après, pneumonie du côté droit. Le sixième jour, violente douleur dans la jambe droite. Insomnie ; température, 39°4 ; pouls, 138. R 30. En même temps, bruit de souffle systolique au niveau de l'orifice mitral.

Jambe droite pâle, froide, tuméfiée, peu parsemée de taches ecchymotiques. On entend maintenant au niveau de l'aorte un léger souffle systolique. Le pied et la jambe sont froids et insensibles jusqu'à deux pouces au-dessous du genou.

Comme la gangrène augmentait avec rapidité, l'amputation de la jambe fut pratiquée au-dessus du genou.

Cinq jours après l'opération, la malade se trouvait mieux ; mais, malgré tout, les symptômes pulmonaires reprirent le dessus, et trois semaines après, la malade succombait.

L'autopsie ne fut pas pratiquée.

L'examen du membre amputé montra que l'artère poplitée était oblitérée par un caillot.

OBSERVATION XXXIX

OVERHISER (*The med. and surg. Reporter*,
Philadelphie, 1875)

Gangrène d'origine artérielle

Phlegmatia alba dolens. Suppuration au mollet, oblitération artérielle. A l'amputation, absence d'hémorragie. Guérison.

OBSERVATION XL

POPOW (*Centralblatt für Gynækologie*, Novembre 1910)

Gangrène d'origine artérielle

Ipare, 36 ans, journalière ; au quatrième jour, après un accouchement normal, élévation de température avec apparition de plaques rouges livides aux membres supérieurs. Au onzième jour, température, 40° ; pouls, 130.

Le bras gauche, près du coude, devient livide et froid ; anesthésie et insensibilité.

Le membre droit présente les mêmes lésions à la partie inférieure de l'avant-bras. Du côté des voies génitales, lochies normales. Au vingtième jour, ligne de démarcation nette, amputation du bras gauche au tiers supérieur de l'humérus, résection de la partie gangrenée du bras droit. Guérison.

Sur l'artère radiale, anciennes embolies, pas d'endocardite.

OBSERVATION XLI

REID

Quatre jours après un accouchement, fièvre, œdème de la jambe et de la cuisse à gauche. Le septième jour, gangrène. Mort le dixième jour. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLII

RICHTER (*Central Blatt für Gynækologie*, 1905)

Gangrène mixte

Femme au huitième mois de la grossesse. Accouchement prématuré. Suites de couches normales. Au quatrième jour, vomissements, mort subite.

Autopsie. — Thrombus dans le tronc et branches de l'artère pulmonaire. Thrombose des veines du bassin et des membres inférieurs. Plaques gangréneuses.

OBSERVATION XLIII

ROUX (*Lancet*, 1896)

Gangrène symétrique

Ipape, 31 ans ; deux semaines après un accouchement normal, manie puerpérale. La malade paraissait alors en bonne santé (physiquement), lorsque, huit jours après son entrée à l'Asile, elle se plaignit de douleurs au niveau des pieds et des doigts. Ceux-ci, examinés, furent trouvés pâles, froids, insensibles. Le lendemain matin, tous les orteils, les cinq doigts d'une main et l'oreille droite étaient gangrenés. A ce moment, il n'existait pas de fièvre. Mais les lochies, saines auparavant, deviennent fétides. La gangrène du pied augmente lentement. Température, 38° 8.

On pratiqua alors l'amputation des deux pieds ; à droite, au tiers inférieur de la jambe.

Trois jours après, la température est encore à 38° 2 ; un petit foyer gangréneux, situé au niveau du moignon, est alors cautérisé.

La malade guérit et sort de l'Asile, bien portante, au bout de huit mois.

OBSERVATION XLIV

ROUX (*Loc. cit.*)

Gangrène mixte

Vpare, de 37 ans, qui, à la suite d'un avortement de trois mois, entre à l'hôpital pour des crises de manie aiguë. Quatorze jours après, gangrène du pied et de la jambe droite.

En dépit de tout traitement, la gangrène avançait vite ; et, comme il était évident que cette femme ne pourrait faire les frais d'une longue suppuration, on se décida à pratiquer l'amputation. Comme la gangrène s'étendait jusqu'au-dessous du genou, l'amputation fut faite, deux semaines après le début de l'affection, au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

Après un laps de temps fort long, la malade se remit complètement.

Dans la jambe amputée, on trouva une veine thrombosée et une endartérite d'une grosse artère.

OBSERVATION XLV

ROUX DE BRIGNOLES et AURIENTIS (*Marseille Médical*, 1910)

Gangrène symétrique

Femme, 20 ans, bien réglée depuis 13 ans. Pendant la grossesse, à deux reprises, douleurs vives du bas-ventre, repos au lit, pas d'albumine.

Accouchement le 26 octobre 1908. Travail de 36 heures. Accouchement normal. Trois jours après, lochies fétides.

Céphalée sans douleurs ni autres symptômes au neuvième jour, lavement d'huile de ricin. Au même moment, douleurs atroces dans le ventre, comme si quelque chose s'y déchirait. Température, 40° ; pouls, 120.

Ventre légèrement ballonné, douloureux à gauche, au toucher ; col entr'ouvert, utérus douloureux, immobilisé. Douleurs dans le cul de sac gauche en arrière.

Jours suivants, même température.

12 novembre, ouverture d'une collection purulente dans le rectum. Température, 40° ; pouls, petit, incomptable.

Le 18 novembre, hystérectomie. Suites opératoires excellentes.

Le 29 novembre, température, 39°. Teinte violacée des trois premiers orteils de chaque pied. Douleurs vives à l'avant-pied.

La malade se rappelle que trois ou quatre jours avant l'opération, elle a eu aux doigts de pied et au talon une sensation de fourmillement.

Après l'opération, évolution d'une gangrène sèche des extrémités. Au cœur, rien d'anormal.

Gangrène des trois premiers orteils et plaques de sphacèle à la face externe du calcanéum.

Sillon d'élimination, résection 13 avril 1909.

OBSERVATION XLVI

SCHÆFFER (*Münchener Medic. Wochenschrift*, 1903)

Gangrène d'origine veineuse

Ipære. Conception et infection gonococciques simultanées. Au sixième mois de la grossesse, chlorose très avancée. Mauvaise alimentation. Grossesse nerveuse.

Douleurs dans la région pulmonaire et dans l'hypogastre à droite et à la vulve.

Deux mois plus tard, ces douleurs deviennent nocturnes, longues, accompagnées de contractions utérines.

Le fond de l'utérus remonte jusqu'au creux de l'estomac.

Varices nombreuses crurales et génitales. Au cœur, souffles anémiques.

Accouchement laborieux et douloureux, présentation en dorso postérieur, tête solidement fixée dans le bassin.

Après dix-huit heures, enfant asphyxié, mais ramené à la vie.

Délivrance normale.

Suites de couches normales. Au neuvième jour, accélération du pouls. Veine fémorale douloureuse. Douleurs hypogastriques, phlébite crurale. Huit jours plus tard, pied gauche marbré, douloureux aux malléoles ; urines sédimenteuses.

Les jours suivants, talon cyanosé, encore chaud. Pied gauche totalement cyanosé. Veine saphène enflammée, œdème au pied droit.

Vingt-neuf jours après l'accouchement, amputation ; guérison.

OBSERVATION XLVII

SCHUHL (*Province Médicale*, 1906)

Gangrène d'origine artérielle

Le 7 mars 1904, on amène à la Maternité la nommée M..., âgée de 38 ans, enceinte pour la septième fois, qui est atteinte d'éclampsie.

Cette femme, menstruée d'une façon irrégulière depuis l'âge de 16 ans, n'avait jamais été malade avant la grossesse actuelle. On ne trouve dans ses antécédents ni tuberculose, ni syphilis, ni aucun symptôme cardiaque. Les six grossesses antérieures ont été normales ; deux enfants sont morts en bas âge.

Les dernières règles qui ont précédé la grossesse actuelle ont eu lieu au mois d'août 1903. Depuis le 3 mars 1904, les mouvements du fœtus ne furent plus sentis par la femme. Le 6 mars, elle eut trois accès éclamptiques. Elle accoucha à la Maternité, le 7 mars, sans aucune

intervention. L'enfant, du sexe féminin, qui s'était présenté par le sommet, avait succombé ; il pesait 1.100 grammes. La délivrance fut normale. La malade eut encore, le jour de son accouchement, trois accès éclamptiques à la Maternité, avec coma absolu dans l'intervalle de ces accès. Les urines étaient peu abondantes, rouges et contenaient 7 grammes d'albumine par litre.

Le coma ne commença à se dissiper que le 8 mars, dans l'après-midi. La température de la malade fut ce jour-là de 37°8 le matin et le soir ; le nombre des pulsations fut de 120 par minute.

Le 9 et le 10 mars, apyrexie. L'accouchée se trouve bien, répond facilement aux questions qu'on lui pose.

Dans la nuit du 10 au 11 mars, elle est agitée, a des hallucinations, du délire. La température est de 37°5 le matin, et le pouls à 120.

Le 20 mars, l'agitation continue, est violente, malgré l'emploi du chloral. Les urines renferment 3 grammes d'albumine par litre. La température est de 37°6 le matin, 37°2 le soir ; mais le pouls est à 120 le matin et 130 le soir.

Le 13 mars, on note une amélioration. L'accouchée est plus calme ; sa mémoire plus nette. Apyrexie ; le pouls est à 104 le matin, et à 114 le soir.

Le jour suivant, à 5 heures et demie du matin, la malade ressent subitement dans les deux jambes une douleur vive, plus intense dans la jambe gauche. Cette douleur occupe toute la hauteur de cette jambe et donne une sensation de brûlure. A huit heures du matin, cette jambe est déjà froide ; elle est en partie livide, avec des plaques blanches remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du genou. C'est également jusqu'à ce niveau que monte une anesthésie complète à la piqure. Les battements de l'artère fémorale ne sont pas perçus dans le triangle de Scarpa. Au membre inférieur droit, une petite zone est blanche près du gros orteil avec insensibilité à ce niveau. Le reste de ce membre paraît normal ; on

sent les pulsations de l'artère poplitée droite. L'auscultation du cœur et des poumons ne relève aucun symptôme pathologique. Dans la journée, les urines deviennent plus rares ; elles ne contiennent pas de glucose. La malade a des troubles de la vue ; elle voit tourner les objets qui sont devant elle, elle voit double.

Pendant la nuit, il y a un peu d'agitation.

Le 15 mars, le membre inférieur gauche est en grande partie violacé ; il y a une vaste phlyctène à la partie interne du mollet. Les lésions semblent s'être étendues de deux centimètres, depuis la veille. Les douleurs sont encore vives. Dans le membre droit, il y a peu de douleurs et la zone d'anesthésie a disparu.

Le 16 mars, l'état du membre inférieur gauche ne s'est pas modifié. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. La quantité des urines des vingt-quatre heures est de 1.600 grammes. Albumine : 3 grammes par litre, malgré le régime lacté prescrit depuis l'entrée à la Maternité. Température : 37°4 le matin, 37°8 le soir. Pouls : 92 le soir.

Le 19 mars, on trouve une vaste phlyctène à la face postérieure de la cuisse et au talon. Il existe une rougeur, avec douleur au niveau de la fesse gauche. La température atteint 38°. La quantité des urines augmente depuis trois jours ; elle est de 3.800 grammes pour les vingt-quatre heures, avec 1 gramme 50 d'albumine par litre.

Le 20 et le 21 mars, les douleurs de la jambe sont intermittentes ; la température est voisine de la normale.

Le 22 mars, on trouve le pied gauche diminué de volume, surtout au niveau des orteils, où la peau prend un aspect corné. Quelques petites phlyctènes apparaissent à la partie antérieure de la cuisse. La malade ressent des douleurs au pied droit, sans modification apparente à ce niveau.

Le 24 mars, la malade se plaint de douleurs à l'estomac, a des nausées, deux vomissements. Le soir, la tempéra-

ture s'élève à 38°8, le pouls est à 96 ; les douleurs de la région épigastrique persistent sans que l'examen révèle rien d'anormal à ce niveau. Ces douleurs s'étendent, dans la soirée, à tout l'abdomen.

L'accouchée se plaint d'une soif vive. A 10 heures et demie du soir, elle a une selle sanglante abondante, et, à 11 heures 1/4, une nouvelle selle semblable.

La malade est pâle. Malgré des injections hypodermiques d'éther et de caféine, elle a une syncope à une heure du matin, et succombe à une heure et demie.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XLVIII

SIMPSON (*Obstetrics*, 1871)

IVpare en bonne santé, travail normal, lochies et sécrétion lactée normales. Le quatrième jour, douleur très vive dans la jambe et le pied, principalement dans la partie interne du mollet, qui était froid et tendu, mais non enflé. A la partie antérieure du pied, ecchymose s'étendant jusqu'à l'articulation tibiotarsienne. L'utérus augmenté de volume, pouls petit, rapide. Le soir, la décoloration avait atteint le mollet et était limitée par une ligne en relief. Des phlyctènes à l'endroit d'abord envahi commencent le jour suivant. Délire, la mort arriva trois jours après. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLIX

SIMPSON (*Obstetrics*) (*Loc. cit.*)

Le dixième jour de l'accouchement, gangrène de la jambe et du pied. Amputation au tiers inférieur de la cuisse ; pas de sang sous le couteau. Mort le jour suivant. A aucun moment, il n'y eut beaucoup de douleur. Pas d'autopsie.

OBSERVATION L

SIMPSON (*Loc. cit.*)

Multipare. Fièvre le quatrième jour après la naissance d'un enfant mort prématuré ; douleur très vive dans la jambe gauche, suivie de gangrène.

Mort le sixième jour après le début des accidents.

OBSERVATION LI

SIMPSON (*Loc. cit.*)

La malade toussait un mois avant l'accouchement et était débilitée. Travail normal et suite de couches normales. Pleurésie le dixième jour après l'accouchement. Trois jours après, douleurs dans le talon s'étendant de l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au gros orteil. Tache livide sur l'orteil. Température du pied et de la jambe abaissée, sensibilité diminuée. Les orteils, puis le pied et l'articulation tibio-tarsienne deviennent noirs ; une ligne de démarcation se forme deux pouces au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne ; amputation au-dessus du genou. Rétablissement parfait. La malade a eu depuis deux enfants.

OBSERVATION LII

SIMPSON et MOIR

Gangrène d'origine artérielle

Début des accidents vingt-cinq jours après l'accouchement ; gangrène des extrémités des deux côtés. Marche suraiguë.

Mort quatre jours après.

Autopsie. — On trouve des caillots à la bifurcation de l'aorte se prolongeant dans les iliaques primitives et les iliaques externes. Endartérite.

OBSERVATION LIII

SIMPSON et MOIR, 1853

Accouchement prématuré. Au bout de trois semaines, fièvre, gangrène des orteils des deux côtés. Mort.

Autopsie. — On trouve des caillots dans l'orifice aortique, à la bifurcation de l'aorte et dans les iliaques primitives. Parois des artères malades épaissies. Septicémie.

OBSERVATION LIV

SWAYNES (*The americ. Gyn. and. Obstetr. Journal*, 1898)

Gangrène apparaissant au septième mois d'une grossesse. Après un long voyage, plaque de sphacèle à la partie supérieure et interne de la cuisse, environ aussi grande qu'une main d'homme. Travail prématuré quatre jours après, suivi d'une exagération dans tous les symptômes, et mort trois jours plus tard.

OBSERVATION LV

TATE (*The americ Gyn. and. Obstetr. Journal*, 1898)

Ipape, vingt-cinq ans. Santé antérieure bonne, pas d'antécédents, pas de syphilis. Vers six mois et demi de sa grossesse, la malade prit froid, et, le deuxième jour,

oedème de la face et des pieds augmentant rapidement. Neuf jours après, violent mal de tête ; accès d'éclampsie.

Le cinquième jour après l'admission, accouchement prématuré d'un enfant mort. Le jour suivant, engourdissement dans le pied gauche, avec douleur ; ces symptômes disparurent, puis se montrèrent de nouveau.

La gangrène atteint les deux pieds et les deux jambes, jusqu'au genou, sans ligne de démarcation bien nette. Les pieds étaient froids, noirs et secs, avec l'apparence du cuir.

Les jambes, au-dessus du genou, étaient chaudes ; mais pas de pulsations dans la fémorale. Respiration régulière, cœur normal. Constipation et urines chargées d'albumine. Douleurs intolérables dans les pieds et les jambes. Onze jours après, la malade eut de la fièvre pour la première fois, tandis qu'une mauvaise odeur se dégageait des tissus mortifiés. La température s'éleva pendant trois jours, quand la mort survint. A aucun moment, il n'y eut de ligne de démarcation.

OBSERVATION LVI

R. WANNER (*Münchener med. Wochenschrift*, 1895)

Ilpare de trente et un ans, bien portante. Accouchement normal. Quatre jours après, douleurs au niveau de la cuisse gauche, qui devient rouge et se tuméfie. Les dix-sept jours qui suivent, légère fièvre. Pouls, 100.

Le vingt-deuxième jour des suites de couches, la malade est prise d'une faiblesse subite avec gêne de la respiration. Température, 38°5. Pouls, 136. Mollet gauche douloureux. Phlyctènes à la cuisse gauche et à la jambe droite. L'artère poplitée gauche ne bat plus. Les jours suivants, la température descend, mais le pouls reste petit et fréquent. La jambe gauche est violacée, plus

froide que la droite, presque insensible. Le trente et unième jour, orteils et peau de la plante du pied presque complètement secs, un sillon d'élimination se montre les jours suivants au milieu de la jambe.

Deux mois après l'accouchement, amputation. Guérison.

Examen anatomique. — Caillot mollement adhérent, situé au niveau du point de bifurcation de la poplitée, et se continuant jusque dans les deux tibiales.

OBSERVATION LVII

WILCOX (*Lancet*, 1897)

Gangrène d'origine veineuse

Ipape, de 34 ans, anémique ; application de forceps. Légère déchirure du périnée.

Pendant quinze jours, température 37° 5, tout alla bien ; mais, le soir du seizième, la femme ressentit des douleurs violentes dans la jambe gauche, et on constata tous les signes d'une phlébite. Le vingtième jour, un, puis deux orteils changèrent de couleur et bientôt tout le pied subit ce changement de coloration.

Le vingt-troisième jour les téguments du pied gauche deviennent froids, livides, insensibles et se gangrènent.

Au vingt-septième jour, l'abdomen se ballonne, le poulx devient petit, irrégulier, et, le trente-troisième jour, se montre une phlébite du côté droit. La malade succomba deux jours après.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION LVIII

WINCKEL (*Die Pathologie und Therapie des Wochenbettes*,
1878)

Gangrène d'origine veineuse

Ilipare, de 33 ans ; accouchement normal ; dans la nuit du deuxième au troisième jour des suites de couches, la malade est prise de frissons, et la température monte à 38° 6. A la partie supérieure de la cuisse droite, on sent une veine enflammée ; douleurs au niveau de l'abdomen. Bientôt, la jambe droite devient rouge et se tuméfie. Au septième jour, une phlyctène se montre au niveau de la malléole externe du côté droit ; et trois jours plus tard, le pied tout entier est froid, livide et insensible. La malade a du délire.

La gangrène envahit rapidement la partie inférieure de la jambe, dont l'épiderme est soulevé par des phlyctènes à contenu sanguinolent.

La mort survient le seizième jour, après de violentes douleurs.

Autopsie. — Infiltration putride des parties molles du pied et de la jambe ; toutes les veines musculaires ont un contenu purulent ; une pareille lésion est également rencontrée dans les branches d'origine des veines poplitée et crurale, et, dans cette dernière, même jusqu'à l'anneau crural, au niveau duquel se trouve un thrombus ramolli.

Les artères sont vides.

Comme autres lésions : pleurésie et péricardite purulentes à streptocoques ; abcès des reins ; lymphangite, utérine ; grosse rate.

OBSERVATION LIX

WORMSER (*Centralblatt für Gynækologie*, 1900)

Gangrène mixte

Iipare, 23 ans ; en 1897, premier accouchement ; suites de couches normales.

Grossesse actuelle 1898 ; elle ne présente rien de particulier, à part quelques vagues douleurs et une sensation d'engourdissement au niveau de la jambe gauche. Pas d'albumine, le cœur et les poumons sont normaux.

Accouchement et délivrance normaux. Légère déchirure périnéale réparée avec deux points de suture ; hémorragie insignifiante.

Suites de couches. — Rien d'anormal les quatre premiers jours ; le soir du cinquième, le pouls monte à 104, sans que rien puisse l'expliquer. Température, 37°. Au sixième jour, température, 36° 9 ; pouls, 104.

Le septième jour (14 août), la malade se plaint de douleurs au niveau du mollet gauche. Température, 38° 5 ; pouls, 124.

Le 20 août, les douleurs au niveau du pied ayant beaucoup augmenté, on défait le pansement. Pied d'une pâleur livide, orteils insensibles, ainsi que les téguments jusqu'au niveau de la cheville.

Les jours suivants, malgré des soins appropriés, l'état général empire sensiblement. Température, 39° 1 ; pouls, 156, orteils violacés ; le dos du pied est d'un rouge clair.

Le 26, sillon d'élimination au-dessus des malléoles ; en même temps, le pouls devient meilleur et la malade se sent mieux. Les orteils, le bord externe du pied et le talon sont noirs, durs ; le reste du pied, où s'étalent des phlyctènes, est violacé et froid.

Le 14 septembre, la gangrène s'étant bien limitée, on fait passer la malade à la clinique chirurgicale. A ce moment, on constate un souffle systolique de la base ; tandis qu'auparavant on n'avait rien constaté d'anormal de ce côté.

Le 15 (trente-neuf jours après l'accouchement), on pratique l'amputation de la jambe.

Le 1^{er} mars 1900, il ne restait plus qu'un petit séquestre ; la malade allait bien et pouvait marcher avec un appareil prothétique. Le 1^{er} mars 1901, après l'élimination d'un petit séquestre, guérison.

Examen anatomique du membre. — On trouve une gangrène complète du pied jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des malléoles ; le tissu cellulaire est œdémateux, les muscles d'une couleur gris sombre ; la tibiale postérieure ne contient pas de thrombose ; la pédieuse est oblitérée par un caillot long et adhérent ; toutes les grosses veines sont thrombosées.

OBSERVATION LX

WORMSER (*Blätt für Schweizerische Aerzte*, 1902)

Amputation au quatrième mois de la grossesse pour gangrène des pieds des deux côtés. Guérison.

Accouchement normal à huit mois.

Nous faisons suivre ces diverses Observations des deux cas suivants, dont le nom de l'auteur est inconnu :

OBSERVATION LXI

(Journal de Médecine et Chirurgie, 1754)

Gangrène d'origine artérielle

Douze jours après l'accouchement, gangrène subite. Symptômes d'une intensité telle que l'amputation fut pratiquée, le même soir, au-dessus du genou.

Après une amélioration qui fut de courte durée, l'état fébrile revint.

Mort cinq semaines après l'accouchement ; même au deuxième membre, peu de temps avant le décès, des lésions de sphacèle avaient débuté.

OBSERVATION LXII

(Jahresbericht der Spital zu Basel, 1879)

Gangrène puerpérale des deux pieds. Amputation de la cuisse. Guérison.

CONCLUSIONS

1° La gangrène des extrémités, dans les suites de couches, est une des plus fâcheuses complications de l'état puerpéral; heureusement, elle constitue une rareté pathologique.

2° Cette gangrène est déterminée par une infection provenant de l'extérieur, ou trouvant son origine dans l'organisme.

3° La gangrène, due à l'interruption du cours du sang, présente deux formes :

- a) La forme artérielle, la plus fréquente, qui présente comme variétés l'oblitération artérielle par embolie, endocardite ou thrombose;
- b) La forme veineuse, qui sera constituée par phlébite ou thrombose.

4° Le siège de la gangrène est très variable, mais les membres inférieurs en sont principalement le lieu d'élection.

5° La symptomatologie varie aussi avec le mode pathogénique de la gangrène.

Le début est assez rapide dans les cas d'origine artérielle, où la gangrène prendra plutôt la forme sèche.

L'évolution sera, au contraire, lente, dans la forme veineuse, qui présentera les caractères de la gangrène humide.

6° Le pronostic actuel comporte une mortalité d'environ 50 %; on pourra quelquefois éviter une issue fatale par une intervention chirurgicale judicieuse.

VU :

Nancy, le 16 Mars 1911.

Le Président de la Thèse :

A. HERRGOTT.

VU :

Nancy le 18 Mars 1911.

Le Doyen :

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Nancy, le 21 Mars 1911.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM.

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDÉRODIAS. — *Annales de la Société Obstétricale de France*, 1901, p. 159.
- BEGG. — *Lancet*, 1870.
- BÉGOUIN et ANDÉRODIAS. — Soc. Obst. de France, 1901.
- BENNETT. — *Gazette Médicale de Paris*, 1854.
- BERGEN. — *Médical News*, 1895, p. 424.
- BILLROTH. — Spontane Gangrän des Vordearmers in puerperium. *Chir. Klinich*, Berlin, 1879, p. 429.
- BLACKMANN. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859, VI, p. 188.
- BOISSARD. — Phlébites puerpérales, *Semaine médicale*, 1901.
- BOVIS. — Auto-infection puerpérale, *Semaine médicale*, 1906.
- BURCKARD. — *Centralblatt für Gynäkologie*, 1900, p. 1381.
- COETSEM. — *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1835.
- DALLAS. — *Bibliographia medica*, 1902.
- DAMASCHINO. — Société Anatomique, 1867.
- DAVIES. — A cases of phlegmal alba dol terminated in sphacelus, *London méd. repository*, 1825.
- DEROYER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1880.
- DICKINSON. — *Clin. soc. London*, 1897, XXXI, p. 216.
- DUFLOCQ. — *Progrès médical*, 1882, p. 1013.
- ESCALIER. — *Bulletin Soc. Anatom.* Paris, 1846, p. 277.
- ETIENNE. — *Archiv. génér. de Médecine*, 1904.
- *Soc. Méd. Nancy*, 1902, p. 286.
- FISCHER. — *Lancet*, 1898, VI, p. 395.
- FROENKEL. — Ueber spontane puerpérale gangrän beider oberen extremitäten. *Monatschrift für Geburts und Gynæk.* Berlin, 1905, p. 781.
- GIESON (Van). — *Médical Records*, 1883.
- GUILLAUME. — Thèse, Nancy, 1907.
- HERRGOTT. — *Annales de la Soc. Obst. de France*, T. VIII, 1901, p. 173.

- HOCHSTETTER. — *Münchener med. Wochenschrift*, 1888.
HOFMOHL. — *Bericht der krankenaustalt Wien*, 1884.
JARDINE. — *Journal of Obstetrics.*, 1908.
— *Centralblatt für Gynækolog.*, 1908, p. 1163.
KEIM. — *Presse médicale*, 1907, p. 449.
LAFOND. — Thèse, Bordeaux, 1901.
LANCEREAUX. — *Gazette méd.*, 1887, VIII.
LÉOPOLD. — *Archiv. für Gynæk.*, 1909.
LUGEOL. — *Gazette méd. de Bordeaux*, Mars 1901.
MANDEL. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1901.
MONTAULT. — *Journal des Sciences Méd.*, 1841.
MULLER. — *Handbuch der Geburtshilfe*.
OLIVER. — *Lancet*, 1896, VII, p. 15.
OVERHIESER. — *The med. surgery reporter Philadelph.* 1875, XXIII, p. 127.
PINARD. — *Traitement des infections puerpérales*, *Ann. de Gyn. et d'Obstétr.*, Octobre, 1909.
POPOW. — *Centralblatt für Gynækologie*, Novembre 1910.
REYT. — Thèse, Paris, 1897.
RICHTER. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1905.
ROGER. — *Traité de Médecine*, Brouardel, 1911.
ROUX. — *Lancet*, 1896.
ROUX DE BRIGNOLES et AURIENTIS. — *Marseille méd.*, 1910, XIV.
SCHÆFFER. — *Münchener med. Wochenschrift*, 1903, XLV.
SCHUHL. — *Province médicale*, XVIII, p. 205.
SIMPSON. — *Obstetrics*, 1871.
TATE. — *Lancet*, 1898, XL, p. 502.
— *The americ Gyn. and Obs. Journal*, 1898.
TONNELÉ. — *Arch. gén. de Médecine*, 1830.
TROISIER. — Thèse d'agrégation, 1880.
VAQUEZ. — *Semaine Médicale*, 1905.
WANNER. — *Münch. med. Woch.*, 1895, p. 365.
WIDAL. — *Semaine médicale*, 1898, p. 126.
WILCOX. — *Lancet*, 1897, II, p. 1188.
WINCKEL. — *Path. und Therap. des Wochenbettes*, Berlin 1878.
WORMSER. — *Ueber spontane gangrän der beine im Wochenbette*, *Centralblatt für Gynækol.*, 1900, p. 1154.
— *Ein weiterer fall von puerperaler gangrän des fussen*, *Blatt für schweizerische Ärzte*, 1902, p. 542.
— *Ueber puerperale gangrän der extremitäten*, *Wiener klinische rundschau*, 1904, V.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER	
Historique	3
CHAPITRE II	
Etiologie	6
CHAPITRE III	
Pathogénie	14
Gangrène d'origine artérielle	17
Gangrène d'origine veineuse	19
CHAPITRE IV	
Symptomatologie	23
CHAPITRE V	
Diagnostic	28
CHAPITRE VI	
Pronostic	29
CHAPITRE VII	
Traitement	31
OBSERVATIONS	33
CONCLUSIONS	75
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	77

ERRATA

Page 3, ligne 5, au lieu de albadolens, lire : *alba dolens*

Page 5, ligne 27, au lieu de hytérectomie, lire : *hystérectomie*.
